

# L'ODONTOLOGIE

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE ET L'ODONTOLOGIE RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896

Châteauroux. — Impr. et Stéréot. A. Majesté et L. Bouchardeau.

PF92

17e Année. 2e Série. Vol. V.

# L'ODONTOLOGIE

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE ET L'ODONTOLOGIE RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

**Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris**



---

## TOME XVIII

---

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

PARIS

17e ANNÉE. N° 7. JUILLET 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

*L'Odontologie*, bi-mensuelle, paraît avec un minimum de 40 pages de texte.
Le présent numéro contient en supplément 3 planches de figures hors texte.

## BULLETIN.

### LA PRESSE PROFESSIONNELLE.

Nous sommes heureux d'annoncer deux faits professionnels importants : l'installation de l'Ecole dentaire de Paris dans de nouveaux locaux plus vastes, plus appropriés à ses besoins et plus dignes de l'art dentaire français, et la transformation de ce journal en un organe bi-mensuel, contenant chaque quinzaine 40 pages de texte au minimum. Et, chose curieuse, ces deux événements sont survenus en même temps, par une heureuse coïncidence, qui n'a rien de fortuit. Le progrès marche sans cesse, l'Ecole le suit. Elle a vu le jour rue Richer, elle est parvenue à l'adolescence rue Rochechouart, l'âge adulte la trouve rue de La Tour-d'Auvergne. Il en est de même de notre Revue : bien modeste dans ses 30 pages du début, elle a grandi à son tour et est arrivée, après des étapes successives, à 60, et tout dernièrement à 72 ; aujourd'hui nous sommes à 80 pages mensuelles, marchant résolument vers 100 !

Cette augmentation constante du volume de l'*Odontologie* n'est nullement le résultat de combinaisons commerciales ou financières ; elle était impérieusement commandée par le développement de notre profession, dont les membres deviennent plus nombreux, plus désireux surtout de se tenir au courant des questions qui les préoccupent. De là, la nécessité de leur mettre sous les yeux un plus grand nombre de travaux, de discussions et de documents. Mais, en se contentant de donner plus de matières à la fois, on courait le risque d'en donner trop et d'effrayer peut-être le lecteur en lui adressant un opuscule par trop épais. D'un autre côté, la publication d'un seul numéro par mois offre le grave inconvénient de laisser trop d'intervalle entre les parties d'un travail qui ne peut être contenu dans un numéro, mais principalement de signaler trop tardivement les méthodes et découvertes nouvelles, ainsi que les divers incidents de la vie professionnelle de nature à intéresser la corporation.

« Chaque jour amène son pain », dit le fabuliste; de telle sorte qu'on se trouvait parfois dans l'alternative ou d'annoncer des faits trop anciens ou de les passer sous silence à cause de leur ancienneté même. L'un et l'autre système ont leurs inconvénients; il importait d'y obvier, et le moyen en est trouvé, avec une périodicité plus grande.

La vie professionnelle est plus active, ses manifestations journalières sont plus nombreuses, plus variées et plus caractérisées; il faut qu'elles se traduisent immédiatement, qu'elles soient divulguées sans retard, et qu'elles laissent une trace de leur éclosion. Le rôle de la presse professionnelle est précisément de se tenir au courant des formes diverses que revêt cette activité, de les enregistrer et de les divulguer à mesure qu'elles sont devenues tangibles.

En raison de ce que la vie professionnelle est plus active, le désir, pour ne pas dire le besoin, de se sentir plus étroitement, en contact, au moins par la pensée, avec ses confrères, se fait sentir en même temps plus vivement. Quel meilleur moyen de satisfaire ce désir, ou plutôt ce besoin, que de lui fournir un aliment plus fréquent? La nécessité d'être renseigné et de l'être vite n'exclut pas la part qui doit être faite à l'esprit; avec des fascicules moins espacés l'attention est plus agréablement éveillée et l'assimilation est plus facile.

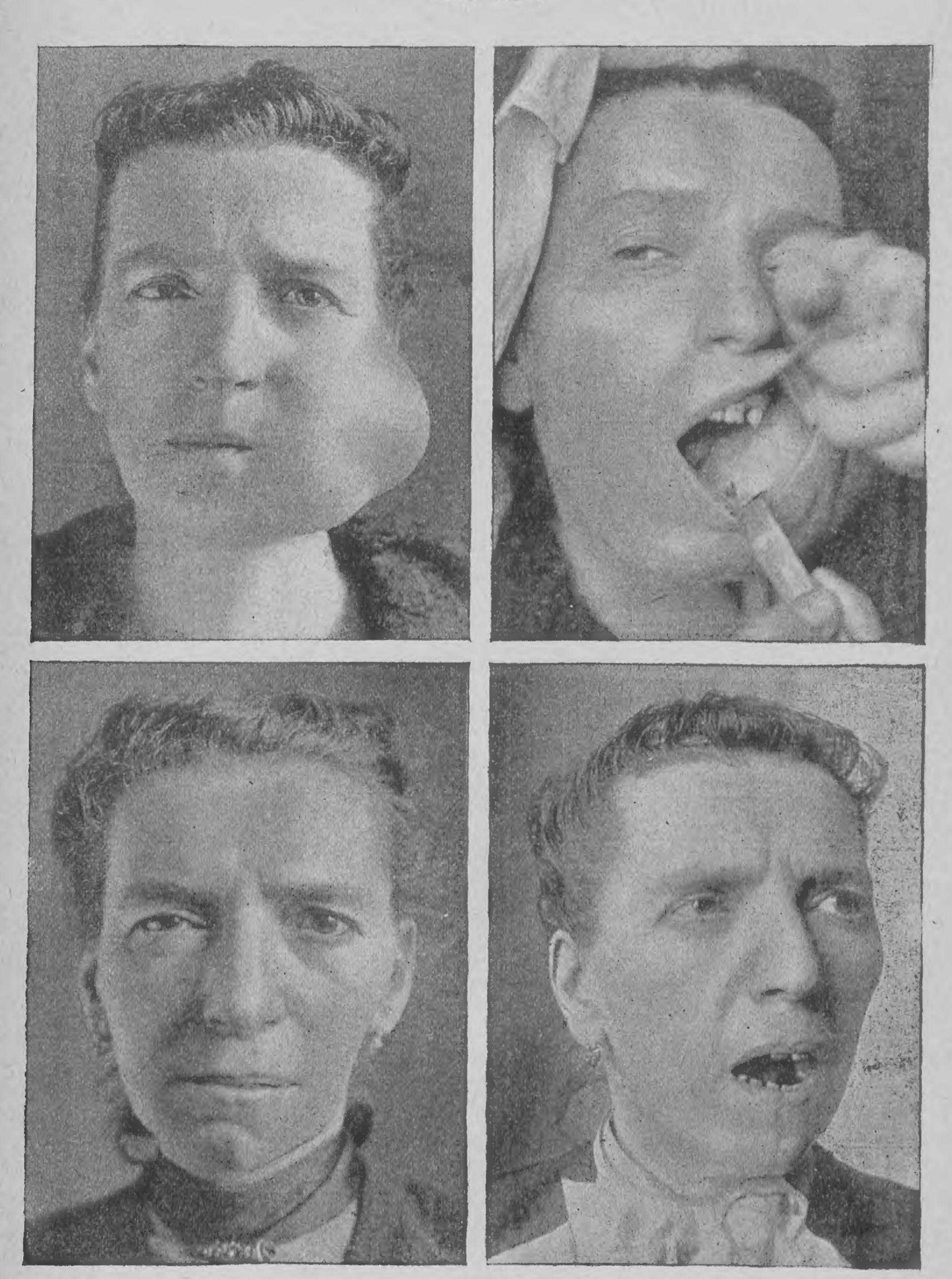
Et puis cette solution nous permet de nous mettre à la disposition des Sociétés provinciales, dont nous suivons avec sympathie la marche scientifique et corporative, et de publier après entente avec elles soit leurs convocations, soit les procès-verbaux de leurs réunions, soit enfin toutes communications s'adressant au public professionnel.

Enfin, les inventeurs, les fabricants et les fournisseurs désireux de faire connaître leurs produits n'ont-ils pas ainsi un champ plus vaste, plus favorable au succès de ces produits et à leur diffusion dans le monde dentaire et même médical?

Nous croyons donc avoir répondu à une nécessité réelle en dotant la littérature dentaire française d'un enrichissement que nous sommes les premiers à avoir causé. Cette tentative est presque une révolution : partout, autour de nous, en France, en Europe et même en Amérique, les publications dentaires sont mensuelles, — du moins celles de cette importance. Pour une fois, nous aurons devancé les Américains, dont nous avons pourtant été si souvent les imitateurs. C'est là, croyons-nous, un honneur pour la profession, pour sa littérature en général, et pour l'*Odontologie* en particulier. Nous espérons qu'on nous en saura gré.

Ed. Papot.

Planche I



KYSTE PARADENTAIRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

*La malade avant l'opération et après l'ablation de la tumeur (résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur avec désarticulation temporo-maxillaire), l'appareil prothétique étant en place.*

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CAS DE RECONSTITUTION PARTIELLE PROTHÉTIQUE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR [1]

Par M. R. Heïdé,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 1er juin* 1897.

Il y a quelque temps, j'ai été appelé pour examiner une malade à qui l'on venait récemment de faire une résection partielle de la mâchoire inférieure. La partie restante de la mandibule était fortement projetée en dedans de la bouche, de telle sorte que la physionomie, dans sa partie inférieure gauche, n'avait plus rien de régulier, et la malade était absolument défigurée. De plus, elle ne pouvait mastiquer, et l'évacuation de la salive qui se produisait continuellement était une gêne réelle dans l'exercice de la parole.

Il y avait une indication sérieuse de rectifier l'irrégularité de la face chez cette personne.

C'est alors que nous intervînmes, prié par le Dr Aubeau, qui avait fait l'opération afin d'enrayer la marche envahissante de cette tumeur kystique.

Nous lui laissons la parole ici, pour ce qui concerne l'histoire de la maladie, tant au point de vue chirurgical que micrographique.

Je dois dire auparavant que le Dr Aubeau et moi nous avions bien pensé, dès l'abord, à la prothèse immédiate ; mais, d'un commun accord, nous y renonçâmes, en présence de nombreux insuccès dans ces restaurations immédiates, tels que l'intolérance au bout d'un certain temps, la névralgie, la névrite même et la récidive, dans la suite, de l'élément néoplasique.

Au moment même où nous écrivons ces lignes nous avons sous les yeux un numéro de la *Presse Médicale* du mois de mars, où est relatée une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine sur les inconvénients de ce genre de prothèse.

M. Berger, chirurgien des hôpitaux, cite un appareil nasal fait par M. Martin, de Lyon, dont le résultat immédiat fut avantageux ; mais, après deux ans, la rétraction des parties molles était devenue telle, que les narines étaient complètement obstruées ; sur la face dorsale du nez, dit encore M. Berger, il s'était produit un dilatement laissant apercevoir la charpente métallique de l'appareil.

Puis, M. Delorme, qui donne les résultats de trois applications des appareils de Martin, s'exprime en ces termes : « Une fois,

---

1. Consécutivement à la résection de la moitié gauche de la mâchoire inférieure avec désarticulation temporo-maxillaire pour une tumeur kystique paradentaire, par M. le Dr Aubeau.

l'appareil est devenu intolérable ; dans les deux autres cas il a pu être toléré pendant dix à quinze mois avant que survinssent des douleurs et de la suppuration. Le résultat esthétique immédiat est des plus satisfaisants, mais l'avantage disparaît rapidement ».

Enfin, M. Péan, qui partage l'avis de M. Berger, dit aussi avoir eu l'occasion d'employer ces appareils plus d'une fois pour la restauration des os. Chaque fois qu'il est utile de maintenir les os en place, dit-il, la prothèse est utile ; mais elle doit être temporaire.

Lorsque la peau de la région est très mince, la prothèse est impossible à cause des accidents qu'elle amène et qui sont des ulcérations des parties molles et de la suppuration.

## KYSTE PARADENTAIRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

*Résection de la moitié gauche de la mâchoire inférieure avec désarticulation temporo-maxillaire. Guérison.*

Par M. le Dr Aubeau,
Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

Mlle B...., 48 ans. N'a pas connu son père; mère morte à 50 ans de tuberculose pulmonaire. Réglée depuis l'âge de 17 ans. Ni enfant ni fausse couche. N'a pas eu d'autre maladie qu'un érysipèle de la face à l'âge de 25 ans.

Elle n'avait pas remarqué d'anomalie ni de maladie du côté du système dentaire, lorsque, il y a douze ans, elle constata dans le sillon gingivo-labial inférieur gauche une tuméfaction indolore, répondant aux dernières grosses molaires. Cette tuméfaction s'étendit peu à peu aux deux faces de la moitié gauche du corps maxillaire inférieur. La tumeur s'accrut d'abord lentement et progressivement, sans provoquer d'autres troubles que de la gêne et de la déformation.

Il y a trois ans, douleurs lancinantes, continues, exacerbantes. Bien que les dents parussent saines, la malade fit extraire les trois dernières molaires. D'après les renseignements qu'elle a pu nous donner, les couronnes ne présentaient aucune altération, mais les racines étaient dénudées et en partie résorbées.

Cette petite opération ne procura qu'un soulagement léger et n'empêcha pas l'évolution de la tumeur. Dans les derniers huit mois, celle-ci augmenta rapidement de volume dans tous les sens, en entravant considérablement la fonction de mastication.

Les douleurs et la gêne fonctionnelle, la déformation assez choquante pour faire de la malade un objet de curiosité, la décidèrent à venir nous consulter.

La moitié gauche de la mâchoire inférieure est le siège d'une tumeur ovoïde, présentant environ le volume du poing et s'étendant dans le sens antéro-postérieur de la symphyse du menton au condyle de la mâchoire, et formant dans le sens transversal, aussi bien du côté de la joue que du côté du plancher de la bouche, des

saillies que l'on peut comparer à celles d'un œuf et refoulant de tous côtés les parties molles. La peau conserve son aspect normal. Lorsque la malade ouvre la bouche, on voit que toutes les dents de la partie gauche du maxillaire ont disparu, sauf la petite molaire, l'incisive et les canines qui sont d'ailleurs déviées et ébranlées. La muqueuse qui tapisse la surface gingivale de la tumeur est d'aspect fibroïde, blanc nacré, peu vasculaire (*Pl.* I).

Au toucher, la consistance est uniformément solide, et celle d'un ostéome.

Douleurs lancinantes, continues, irradiées, à toute la partie gauche de la face; gène considérable de la mastication.

Nous portons le diagnostic kyste intra-osseux d'origine dentaire, et nous proposons à la malade l'ablation de la tumeur. Elle accepte cette opération, que nous pratiquons sous le chloroforme, le 17 juillet 1896, à la Policlinique de l'Hôpital international.

I. — Incision de la lèvre inférieure sur la ligne médiane dans toute sa hauteur. Des pinces hémostatiques sont placées chemin faisant sur les vaisseaux, pour éviter toute effusion de sang.

II. — Incision parallèle au bord postéro-inférieur du maxillaire, allant de la symphyse du menton aux insertions du lobule de l'oreille, et comprenant successivement toutes les parties molles, jusques et y compris le périoste.

Le périoste étant incisé dans une étendue égale à celle des parties molles, nous le décollons à l'aide de la rugine sur les deux faces de l'os, jusqu'au voisinage de la muqueuse buccale, que nous respectons aussi longtemps qu'il est possible, afin d'éviter l'irruption du sang dans la cavité bucco-pharyngienne.

A l'aide de forts ciseaux, nous détachons les insertions du masséter à la face externe de l'angle de la mâchoire et de la branche montante; nous détachons de même à la face interne les insertions inférieures du ptérygoïdien externe.

Nous faisons alors sauter l'incisive médiane gauche, et, à l'aide d'une aiguille courbe, nous faisons passer la scie à chaîne autour de la symphyse du menton, que nous sectionnons.

La symphyse étant sectionnée, nous saisissons la tumeur avec un fort davier, et, pendant que des aides rétractent les lèvres de la plaie, nous achevons de séparer la tumeur de ses connexions avec la muqueuse buccale. Nous la faisons alors basculer fortement en bas et en dehors, puis nous sectionnons d'abord l'insertion du tendon du temporal à l'apophyse coronoïde, puis les insertions du ptérygoïdien interne à la face interne du condyle, en prenant soin de ne pas blesser les vaisseaux maxillaires internes. La tumeur se trouve ainsi complètement isolée, par suite de la désarticulation temporo-maxillaire (*Pl.* II, *fig.* A et B).

Malgré tous nos soins, une veine maxillaire interne a été ouverte et donne beaucoup de sang. Nous avons grand'peine à la saisir avec des pinces hémostatiques, et à faire la ligature avec un fort catgut. Nous ligaturons de même les deux bouts de l'artère faciale.

L'opération terminée, nous réunissons les deux lèvres de la plaie de la muqueuse buccale à l'aide d'un surjet de catgut minutieux, afin d'empêcher toute communication entre la bouche et la cavité laissée au sein des parties molles par l'ablation de la tumeur. Nous rapprochons les parois cruentées de cette cavité, à l'aide d'un second surjet de catgut, puis nous affrontons et nous suturons avec des crins de Florence isolés les lèvres de l'incision cutanée. Nous avons simplement laissé dans la plaie un petit tube à drainage qui sort à l'angle de la mâchoire.

Pansement iodoformé et ouaté compressif.

Pas d'accidents immédiats ou consécutifs.

Nous enlevons les fils le douzième jour.

Au bout de trois semaines, la malade, complètement guérie, retourne chez elle.

La coupe de la tumeur démontre qu'il s'agit d'un kyste intra-osseux aréolaire. Grandes cavités au niveau des grosses molaires, aréoles plus petites en se rapprochant de la symphyse. Ces cavités contiennent un liquide d'aspect séro-sanguin louche.

### Examen histologique.

L'examen histologique de la pièce, confié à M. le Dr Latteux, donne les résultats suivants :

Les coupes ont été pratiquées en divers sens dans les fragments qui nous ont été remis.

Il s'agit d'une tumeur ayant son point d'origine dans l'évolution des débris épithéliaux, d'origine adamantine, siégeant autour des dents et persistant à l'état latent.

Elle est la reproduction exacte du type qui a été décrit par Malassez, en 1885, dans son savant mémoire sur la genèse des kystes paradentaires (*Arch. de Physiologie*).

Tout d'abord, nous constatons sur les coupes que le tissu osseux a presque entièrement disparu, remplacé par un stroma fibreux très compact, avec abondance de tissu élastique, au milieu duquel se montrent seulement quelques rares lamelles osseuses isolées à l'état de séquestres.

Poussant plus loin l'examen, nous voyons apparaître au milieu de ce tissu fibreux de nouvelle formation (*Pl.* II-C, *fig.* 1) des masses épithéliales d'aspect assez varié. Tantôt ce sont des boyaux (*fig.* 4) canaliculés, tantôt des cordons pleins ou de petits kystes remplis de cellules étoilées.

Dans d'autres points les cavités atteignent des dimensions considérables (*fig.* 1-3).

L'ensemble de ces lacunes constitue un tissu lacunaire d'aspect tout à fait typique.

A l'aide d'un fort grossissement, nous constatons les détails suivants :

Les cordons pleins sont constitués par de petites cellules cubiques fortement pressées les unes contre les autres (*fig.* 2) ou bien remplis de cellules étoilées analogues à celles de l'émail (*fig.* 2 et 4).

PLANCHE II

A

B

C

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3.

KYSTE PARADENTAIRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

A, *Vue d'ensemble de la tumeur.* — B, *Coupe de la tumeur montrant les cavités kystiques et leurs cloisons.* — C, *Coupes histologiques, détails des préparations microscopiques.*

Si les tubes sont canaliculés (*fig.* 4) ils sont revêtus d'une couche de petites cellules cubiques et contiennent intérieurement une substance fibrineuse granuleuse.

Enfin, la paroi des grands kystes (*fig.* 3) présente plus de complication ; on trouve, en allant de dedans en dehors :

*a*) Une couche de cellules allongées, disposées sur un ou deux rangs ;

*b*) Une couche de cellules polyédriques, anguleuses, dont quelques-unes sont dilatées et ne présentent pas de noyaux ;

*c*) Une couche plus profonde, palissadique à cellules cylindriques ;

*d*) Enfin la paroi du kyste, fibreuse, à éléments cellulaires abondants.

Les lésions osseuses sont celles de l'ostéite raréfiante.

A part les lésions locales, fort graves d'ailleurs, ces kystes ne sont pas généralement susceptibles de récidive.

*Explication de la planche II.*

*Fig.* 1. — Vue d'ensemble d'une coupe dans la région de la tumeur présentant de nombreux petits kystes (30 diamètres) ; (1, — Tissu fibreux avec éléments élastiques. — 2, lamelles osseuses. — 3, sections de cordons pleins. — 4, sections de tubes canaliculés. — 5, kyste de moyenne grandeur. — 6, kyste volumineux. — 7, lambeau épithélial flottant dans une masse de fibrine. — 8, kyste rempli de cellules étoilées.

*Fig.* 2. — 1, stroma fibreux — 2, section d'un cordon plein, pour montrer la nature des cellules fortement soudées entre elles. — 3, cellules cubiques à la périphérie d'un cordon plein. — 4, cellules centrales étoilées (400 diamètres).

*Fig.* 3. — Coupe de la paroi d'un grand kyste (500 diamètres). — 1, stroma fibreux. — 2, cellules cylindriques profondes. — 3, cellules polyédriques à noyaux volumineux. — 4, cellules superficielles allongées. — 5, cellules devenues vésiculeuses.

*Fig.* 4. — Un tube épithélial légèrement canaliculé (400 diamètres). — 1, stroma fibreux. — 2, centre de cellules embryonnaires. — 3, tube revêtu d'un petit épithélium cylindrique.

Les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat.

D^r^ LATTEUX.

Au moment où nous devions commencer l'appareil, la malade était donc dans l'état local que vous savez ; de plus, affaiblie par l'opération, ne mangeant point ou presque point, et dans un état moral également très affaissé ; nous ne nous dissimulions pas l'importance de cette restauration, non plus que les nombreux obstacles qu'il nous faudrait vaincre.

Par le fait de l'inertie des muscles d'un côté, et de l'action maladroite de ceux de l'autre, le poids de la partie maxillaire restante fatiguait l'articulation temporo-maxillaire et la rendait douloureuse à chaque mouvement d'ouverture et de fermeture de la ouche, compliqué, en outre, d'un mouvement de latéralité.

Mais ce n'étaient pas là les seules raisons, importantes cependant, qu'il fallait considérer; nous devions faire cette restauration au point de vue de l'esthétique de la physionomie. Toute la partie gauche était, en quelque sorte, affaissée, et rendait la malade méconnaissable.

Il y avait dans cette tâche bien des difficultés à surmonter. Aussi, vais-je vous expliquer de quelle manière j'ai opéré pour arriver à la confection de l'appareil définitif, que vous pourrez tous voir, ce soir, sur la malade, et qui semble donner les meilleurs résultats.

La prise de l'empreinte fut, comme bien vous le pensez, assez difficultueuse et longue, la patiente ne pouvant supporter quoi que ce fût dans la bouche, sans avoir le réflexe pharyngien. De plus, la partie réséquée, en plein travail de cicatrisation, était douloureuse et mobile. Nous dûmes reprendre l'empreinte à plusieurs reprises, avant d'avoir un spécimen pouvant servir utilement à la confection de l'appareil. Les modèles coulés en plâtre, nous fîmes un premier appareil en caoutchouc.

*Description de l'appareil.*

J'avais adopté la vulcanite, à l'exclusion du métal, en raison de sa grande légèreté et de sa manipulation plus facile et plus rapide.

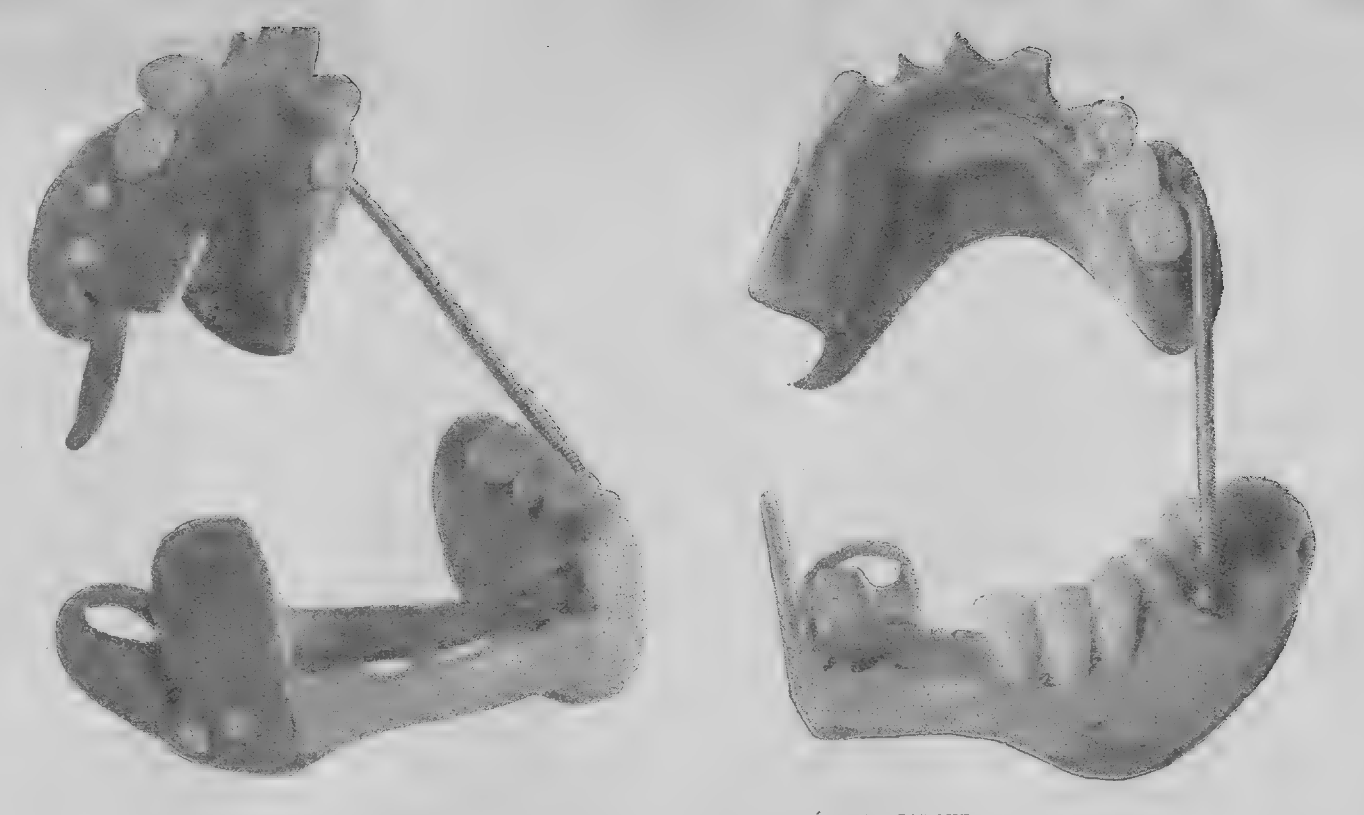
Cet appareil est très simple ; il est à ressort. Je ne dirai pas autre chose de sa construction, sinon que la partie gauche, c'est-à-dire celle devant remplacer la partie enlevée du maxillaire, a été bourrée avec des morceaux de métal et du caoutchouc déjà vulcanisé, pour faciliter la cuisson et pour la ramener au temps normal; je laisse monter la machine très lentement, et la maintiens pendant une heure à 170 degrés.

Cet appareil posé et articulé ne donnant pas, à mon avis, les résultats que j'en avais espérés, par suite de la rapidité avec laquelle je devais l'exécuter, je résolus, au bout de quelque temps, de le remplacer par un autre; le temps que cet appareil est resté a permis au tissu cicatriciel de se bien tasser.

Le but de mon deuxième appareil était alors d'empêcher à toute force les mouvements de latéralité normaux et disgracieux.

Je ne repris point l'empreinte; je me servis de mon ancien modèle en plâtre, La bouche avait, cependant, bien changé; le tissu cicatriciel s'était tassé et était devenu plus résistant. Il me fallut alors sculpter sur cette partie du modèle avant de faire la cire.

J'essayai une première fois les deux appareils du haut et du bas confectionnés en cire. Par suite du tassement des tissus, il existait un espace entre l'appareil et la muqueuse au niveau de la partie à restaurer. Je sculptai sur mon modèle en plâtre et je comblai le vide sur la pièce par de la cire, après quoi j'essayai de nouveau s'il restait encore un espace dans un endroit ou dans un autre; je sculptai de nouveau à ces mêmes places sur le modèle et les comblai de nouveau sur l'appareil. Je continuai ainsi jusqu'au moment où la plaque-base alla aussi bien dans la bouche que sur la base,



KYSTE PARADENTAIRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

*Vues de l'appareil prothétique.*

c'est-à-dire fut convenablement assise et sur l'une et sur l'autre.

Dans la première pièce, j'avais mis un demi-jonc en or passant devant les dents restantes de la partie mandibulaire droite; je fis, cette fois, un bandeau large de quatre ou cinq millimètres en caoutchouc rose, de telle sorte que la pièce fût maintenue plus solidement.

Le corps de l'appareil ainsi fait, il restait à faire les ailettes qui devaient rendre l'articulation normale, en se réglant sur la fixité de la mâchoire supérieure, suivant les idées de Fowler (1845).

J'en construisis deux de la manière suivante : en découpant deux morceaux d'aluminium au 9 de forme quadrangulaire ayant 1 centimètre de large sur 1 cent. 1/2 de haut pour l'appareil supérieur, 1 cent. 1/4 de large sur 2 centimètres de haut pour l'appareil inférieur. Puis, je les recouvris, sur une de leurs faces, de caoutchouc, d'une épaisseur de 1 millimètre.

Ces plaquettes sont munies de deux trous pour recevoir deux fortes vis devant servir à fixer les ailettes sur les appareils. On a soin de les emboutir, afin qu'elles ne dépassent pas, ne s'opposant pas, de cette façon, au rapprochement des mâchoires. On a, alors, un glissement à frottement doux, non perçu par la malade. Le point délicat dans l'emploi de ces ailettes est leur adaptation réciproque, pour que l'ouverture de la bouche puisse se faire sans gêne et assez largement pour permettre une alimentation quelconque.

L'ailette inférieure, comme je l'ai déjà dit, doit prendre son point d'appui à la mâchoire supérieure, c'est-à-dire qu'elle doit être extérieure à la plaquette fixée sur l'appareil du haut. Ces ailettes doivent, en outre, avoir une telle inclinaison par rapport aux appareils sur lesquels elles sont vissées que, dans le mouvement d'abaissement, il y ait toujours une grande surface de frottement, enfin qu'elles ne blessent en rien la muqueuse de la joue et ne fassent pas une saillie trop considérable en dehors des appareils.

Les résultats sont tout à fait satisfaisants, et la malade ne peut se passer de l'appareil ni jour ni nuit. En dehors de ce qu'elle peut mieux articuler et par suite mastiquer plus aisément, elle trouve, dit-elle, plus de place dans sa bouche pour sa langue. La face elle-même est considérablement et très avantageusement changée.

---

### DES ACCIDENTS LOCAUX CONSÉCUTIFS A

## L'EMPLOI DE LA PHÉNYLCOCAÏNE

Par M. Georges Mahé,
Lauréat de l'École dentaire de Paris,
Démonstrateur à cette même École.

Le cas que je vais rapporter semblera peut-être des plus vulgaires à nombre de mes confrères, car il n'en est pour ainsi dire pas qui n'aient observé de faits de ce genre. Et cependant, jusqu'à présent,

aucun cas n'a été publié, à ma connaissance du moins. Par suite de cette abstention, on en est encore à douter si quelques préparations de cocaïne sont plus que d'autres capables d'occasionner des accidents locaux; certains peuvent même les nier absolument [1], et lorsque ces accidents surviennent, les plus consciencieux des praticiens — j'en avais tout récemment encore un exemple frappant sous les yeux — pensent à incriminer tout, opérateur, instruments, sujet, excepté — c'est là un fait bien établi aujourd'hui dans ma conviction — ce qui est la véritable cause, la préparation employée.

En plus de ces considérations d'ordre général qui auraient suffi à me faire publier ce cas, j'y suis poussé par une autre raison plus personnelle. — Il y a dix-huit mois environ, je citais un fait d'accident local provoqué par la *gaïacoléine* d'André, et je semblais alors opposer ce produit aux solutions grasses de cocaïne et plus spécialement à la *phénylcocaïne* Poinsot-Vigier. Je disais [2] : « J'ai jadis signalé à mes professeurs de l'Ecole, dans une observation non publiée, plusieurs cas de tuméfaction et de douleur post-opératoires, à la suite d'injections de *phénylcocaïne*. Depuis qu'il m'a été possible de prendre des précautions antiseptiques plus rigoureuses que je ne pouvais le faire à l'Ecole, j'ai constaté que ces accidents ne se produisaient plus ».

Je ne viens pas aujourd'hui réhabiliter la solution que j'incriminais alors, et sur laquelle mon opinion n'a pas varié. Mais je crois de mon devoir de venir loyalement déclarer que je suis absolument revenu sur le jugement que je portais alors sur la *phénylcocaïne*. Divers incidents, dont celui qui fait la base de ce travail est le plus caractéristique et le plus sérieux, sont venus me démontrer qu'en dépit des précautions de propreté les plus minutieuses, il existe bien des accidents locaux imputables exclusivement à la préparation elle-même. Et du fait de cette concordance avec un cas où les causes d'erreur n'existent pas, les observations antérieurement prises à l'Ecole dentaire, et dont je parlais avec un peu de scepticisme au mois de mars 1896, me semblent acquérir, malgré leur valeur certainement inférieure à celle du cas que je relate aujourd'hui, une signification qui n'est pas sans importance.

Je crois donc devoir insister sur ce point que je rapporte ce fait non comme isolé et accidentel, mais comme le prototype, la synthèse d'une série de faits dont la fréquence, à la suite des injections de *phénylcocaïne*, me semble aujourd'hui assez grande pour me faire penser qu'ils constituent, à des degrés divers de gravité, la règle à peu près constante [3].

---

1. Voy. *Société d'Odontologie*, séance du 5 mars 1895, *Odontologie*, 1895, p. 214-217.
2. *Odontologie*, mars 1896, p. 152.
3. Je répondrai par avance à une objection qu'on ne manquera pas de faire : « Nombre de dentistes emploient cette préparation, et les accidents locaux consécutifs qu'ils ont observés sont en somme l'exception ». — Ma réponse est que si l'on ne constate pas plus souvent ces accidents, *c'est qu'on ne prend pas la peine de les rechercher*. Il en a été de même pour moi (ce qui explique

Voici ce fait :

Le 15 novembre 1896, mon ami, M. B..., externe des hôpitaux, vint demander l'extraction de deux racines assez solidement implantées : les incisives centrale et latérale supérieures gauches.

Je le connaissais depuis longtemps déjà, je le savais de bon état général, mais un peu nerveux et craignant extrêmement la douleur, et j'avais déjà eu à l'occasion de lui faire une ou deux fois une opération semblable. L'agent anesthésique avait été la *phénylcocaïne*, et je n'avais remarqué à la suite de ces interventions que le gonflement un peu rebelle que je considérais comme l'inconvénient nécessaire et négligeable de cette préparation, en même temps qu'une certaine sensibilité post-opératoire que j'avais attribuée pour beaucoup à l'auto-suggestibilité du sujet.

Je n'hésitai donc pas à avoir recours à la même préparation.

Les précautions antiseptiques furent celles dont je m'entoure toujours en pareille occasion, et, dans ce cas particulier, j'ajouterai même, qu'étant donné mes relations avec le sujet et sa qualité d'étudiant, je les observai avec plus de minutie encore que de coutume.

La seringue et l'aiguille, qui avaient été bouillies après l'opération précédente, le furent encore au moment de l emploi, et, préalablement aux piqûres, la bouche fut irriguée, et la région à opérer nettoyée avec de l'eau phéniquée. Les instruments avaient été flambés et plongés dans la même solution. L'extraction faite, l'alvéole et la bouche furent de nouveau lavés à l'eau phéniquée. Bref, j'affirme de la façon la plus absolue que rien de ce chef ne peut être incriminé.

L'anesthésie fut excellente, et le sujet, encouragé, réclama également l'ablation de la racine de la canine supérieure droite.

La dose de cocaïne donnée ayant été de 5 centigrammes, je ne jugeai pas prudent d'en administrer une nouvelle quantité, et je pratiquai, les conditions étant les mêmes d'ailleurs, cette seconde opération à l'aide de la *gaïacoléine* d'André.

L'anesthésie, quoique appréciable, fut cependant bien inférieure à celle qu'avait procurée la cocaïne.

Je rapporte les suites de ces opérations d'après les notes que M. B... a bien voulu recueillir lui-même et me communiquer :

« Le lendemain de l'opération, douleurs du côté de la canine (*gaïacoléine*), douleurs qui diminuent peu à peu pour disparaître huit jours plus tard.

A ce moment, le palais devient douloureux du côté des incisives (*phénylcocaïne*). La douleur n'a pas d'abord de caractères de spontanéité, mais la région est extrêmement sensible à la pression de la langue ou des aliments. De ce fait, la mastication est devenue difficile.

---

mon opinion antérieure) tant que mon attention n'a pas été tout particulièrement appelée sur ce point par des circonstances spéciales.

*En général*, ces troubles ne sont ni aussi graves ni aussi rebelles que ceux que je rapporte ici, et le patient d'occasion auquel nous avons extrait une dent pour toute opération ne revient pas souvent dans le seul but de nous les faire constater. — Mais que ceux qui emploient d'une façon habituelle ces solutions et qui ont l'occasion de s'en servir chez des sujets qu'ils revoient quelques jours plus tard, au cours de toute une série d'opérations, prennent, comme je l'ai fait, la peine de regarder et de questionner soigneusement, et ils verront que ma proposition n'a rien d'excessif: les cas où les suites de l'injection auront été *absolument normales* sont relativement rares.

Treize jours après l'extraction, il m'arriva subitement dans la rue de cracher une assez grande quantité de sang à la suite d'un effort de toux. Je ne me rendis pas compte immédiatement de la provenance de ce sang et je lui crus une origine pulmonaire, ce qui ne fut pas sans m'affecter.

Le lendemain, dans la rue également, cette fois sans cause appréciable, j'eus une nouvelle hémorragie aussi abondante, mais je sentis très nettement le sang tomber goutte à goutte du palais sur la langue.

Le lendemain, au réveil, en promenant ma langue sur le palais, qui était toujours douloureux, je sentis une légère excavation. »

A ce moment, soit quinze jours exactement après l'opération, M. B... vint me montrer son palais, et voici ce que je constatai :

Du côté de la canine, la cicatrisation se faisait normalement et sans infiltration ni inflammation de la muqueuse. Au contraire, au niveau des incisives, la muqueuse était rouge vif, légèrement œdématiée ; la plaie était mal fermée et grisâtre ; enfin et surtout près du raphé médian, à 1 cent. 1/2 environ en arrière de la crète alvéolaire, au centre de la zone inflammatoire, existait une perforation de la muqueuse, de forme ovale, ayant environ 4 millimètres dans son plus grand diamètre, et 3 dans son plus petit, à bords nettement taillés et décollés, au fond de laquelle on voyait et sentait très nettement l'apophyse palatine du maxillaire absolument dépouillée en ce point de tout revêtement fibro-épithélial. Quoique la lésion ne fût pas considérable, j'eus un instant de crainte; l'abondance des hémorragies qu'expliquait trop bien la proximité de l'artère palatine antérieure et surtout, ce que dit Tillaux, des lésions de cette région, me faisait redouter des complications plus étendues, en première ligne desquelles je plaçais la perforation de la voûte palatine [1].

Mes craintes durèrent quelques jours. J'avais conseillé à mon ami des irrigations fréquentes avec de l'eau chloralo-phéniquée, mais la lésion semblait n'avoir aucune tendance à la cicatrisation. Heureusement, les hémorragies ne s'étaient pas reproduites.

Je laisse une seconde fois la parole au sujet :

« Cependant la voûte palatine avait toujours été douloureuse. Je ressentis, durant les trois ou quatre jours qui suivirent la seconde hémorragie, de violentes crises douloureuses se renouvelant deux ou trois fois par jour, et durant chacune une demi-heure environ. »

Je lui conseillai alors de substituer au mélange ci-dessus le chlorure de zinc à 1 0/0. Ce médicament sembla agir plus efficacement, et la guérison fut totale en une dizaine de jours.

Si donc nous voulons retenir les points saillants de cette observation, nous trouvons que :

Le même jour et dans les mêmes conditions deux injections

---

1. « Ce qui caractérise la membrane muqueuse palatine, c'est son union avec le périoste, union si intime qu'on ne peut les séparer l'un de l'autre que par une dissection tout à fait artificielle, que je déclare même presque impossible. Dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse sont situés les nerfs et les vaisseaux...

« ... Ce sont les artères palatines qui fournissent au squelette de la voûte ses éléments de nutrition. Donc toute lésion susceptible de décoller la muqueuse palatine pourra déterminer la production d'une nécrose. Les perforations pathologiques de la voûte palatine ne reconnaissent pas d'autre mécanisme...

« La nécrose palatine peut être également le résultat de la scrofule ou même d'un simple abcès résultant par exemple d'une carie dentaire... » — Tillaux, *Traité d'Anatomie topographique*, 7e édition, 1892, pp. 305 et 306.

*huileuses* furent faites au même sujet, l'une de gaïacol dans l'*huile d'olive*, l'autre de cocaïne et de phénol dans l'*huile de vaseline*.

Aucune ne provoqua d'accidents généraux; toutes deux donnèrent lieu à des troubles locaux dont la caractéristique fut, pour chacune d'elles :

Pour la *gaïacoléine* (et ceci est en concordance avec mon observation antérieure), douleur post-opératoire et gonflement immédiats, *transitoires* et légers ;

Pour la *phénylcocaïne*, accidents de même nature, mais tardifs, *très rebelles*, et *graves*.

Je crois que ce simple exposé peut nous aider à établir la pathogénie de ces accidents.

Mais auparavant je veux encore signaler rapidement deux autres cas, intéressants chacun pour une raison différente, et qui affirmeront encore ce que je viens de dire déjà.

Je retrouve le premier dans mes notes d'étudiant :

C'était à la séance publique de démonstrations qui eut lieu à l'Ecole le 14 janvier 1894. La programme portait : *Démonstration de phénylcocaïne, par M. Poinsot.* M. Poinsot lui-même pratiqua les opérations avec toutes les précautions dont il est coutumier. Au nombre des patients volontaires figurait un confrère, M. Schwartz, de Nîmes, autant qu'il m'en souvient (mais je ne saurais être affirmatif à cet égard). L'anesthésie fut parfaite, et le patient s'écria avec enthousiasme : « Messieurs, c'est merveilleux ! je n'ai rien senti, rien, absolument rien ! » Or, le surlendemain, je le revis au milieu d'un groupe de confrères, et je l'entendis se plaindre amèrement des suites de l'opération : il avait tellement souffert la veille, disait-il, qu'il avait été, à son grand regret, empêché de se rendre au spectacle. C'est là, en effet, un symptôme assez fréquemment relevé dans ces circonstances et qui existe d'ailleurs dans l'observation ci-dessus : les injections de phénylcocaïne sont parfois suivies de douleurs post-opératoires assez intenses pour constituer à elles seules un accident des plus fâcheux, dans les cas mêmes où elles existent sans sérieux gonflement concomitant de la région opérée.

Quoi qu'il en soit, ce fait m'avait frappé et me semble digne d'être rappelé, même brièvement, à cause de la qualité de l'opérateur et de l'opéré qui étaient dans les meilleures conditions, l'un pour bien faire, l'autre pour bien juger.

Le second cas, qu'il ne m'est malheureusement pas permis de rapporter tout au long, car il ne m'appartient pas, ne date que de quelques semaines et se distingue aussi par sa gravité. J'extrais le résumé suivant de la note qu'a bien voulu me remettre M. G. Viers, élève de 3e année, qui l'a observé à la clinique d'anesthésie de l'Ecole :

Le 13 mars dernier, extraction, à Mlle S..., de racines de la 1re M. I. G. dont elle souffrait. La gencive était normale à la face linguale, enflammée et légèrement tuméfiée sur la face jugale.

L'anesthésie est pratiquée à l'aide de la *phénylcocaïne*, après de sérieux soins antiseptiques pré-opératoires et le flambage de l'aiguille.

Les suites de l'opération furent celles-ci :

Une heure plus tard, douleur dans la région opérée, douleur qui augmente graduellement jusqu'au 4e jour, où elle atteint son maximum.

En même temps, tuméfaction des glandes sous-maxillaire et sublinguale, du plancher de la bouche, et même de la pointe de la langue. La déglutition est devenue impossible, la langue emplit complètement la cavité buccale.

A ce moment l'état général devient mauvais, et la malade se trouve dans un état de prostration inquiétant.

La région opérée et la bouche sont l'objet de soins antiseptiques très attentifs. Le chlorate de potasse est administré en gargarismes et en potions; la malade est purgée.

Dès le 5e jour, les phénomènes inflammatoires diminuent progressivement. Mais, vers le 8e jour, une fistulette s'ouvre sous la langue. On fait des injections phéniquées dans le trajet, et on garnit la région de gaze iodoformée (?).

Ce ne fut que le 15e jour qu'on constata la disparition totale de ces accidents[1].

---

1. Dans ce cas, un détail est à noter, qui n'est pas sans importance : l'injection a été faite avec une seringue à piston de caoutchouc. C'est là un perfectionnement récent. Je n'hésite pas à dire cependant que si ces pistons (encore qu'ils contiennent aujourd'hui une très forte proportion d'amiante sont parfaits pour les injections aqueuses, ils sont les plus défectueux de tous quand il s'agit de solutions grasses.

Les huiles, en effet, ont sur le caoutchouc une action puissante et rapide.

J'ai eu l'occasion de faire cette constatation dans les conditions suivantes :

La seringue dont je me servais ordinairement se trouvant hors d'usage au moment de faire une injection, j'eus recours à une seringue à piston de caoutchouc, avec laquelle une injection grasse avait été faite plusieurs semaines auparavant. Après l'opération, l'instrument avait été bouilli, et n'avait pas servi depuis..... Or, en aspirant le liquide (toujours la *phénylcocaïne*) je fus extrêmement surpris de voir ma seringue remplie d'une émulsion rougeâtre assez épaisse. Je rejetai cette préparation et lavai à plusieurs reprises la seringue à l'eau phéniquée, jusqu'à ce que le liquide sortît parfaitement propre, et fis alors l'injection, remettant à plus tard le soin de chercher la raison de cette anomalie.

Le résultat de cette opération fut désastreux. Il y eut douleur post-opératoire, négligeable en la circonstance, mais tuméfaction *absolument effrayante* de la région opérée : on eût dit les prodromes d'un immense phlegmon de toute la moitié de la cavité buccale : l'accident, traité immédiatement, n'eut heureusement pas de suites graves, mais l'ennui et les désagréments furent sérieux.

En démontant la seringue aussitôt après l'opération, j'avais d'ailleurs immédiatement trouvé la cause. Le piston était recouvert à sa partie inférieure d'un magma de caoutchouc dissous, épais environ d'un millimètre, et la bague du bas, formant joint entre le cylindre de verre et la monture de l'appareil, constituait une véritable bouillie qui rétrécissait la lumière de l'ajutage de la seringue.

Quelques semaines plus tard, j'eus l'occasion d'employer d'une façon courante la nouvelle seringue de M. Amoëdo. Je crois que le caoutchouc dont est fait le piston est de la meilleure qualité, et cependant je constatai, averti par le cas précédent, qu'après plusieurs injections (grasses) il laissait sur les parois du cylindre des traces appréciables indiquant un commencement de désagrégation. Je crus alors devoir faire remplacer ces disques de caoutchouc par les disques de moelle de sureau de Strauss-Collin, qui me semblent les meilleurs pour les solutions grasses, et je n'eus plus dès lors d'inquiétudes, l'appareil de M. Amoëdo étant excellent du reste.

C'est là un point sur lequel l'attention n'avait pas encore été attirée, je crois, et qui est cependant d'une réelle importance.

J'aborde maintenant le point de la question qui me semble le plus intéressant : celui de la pathogénie de ces accidents, car il importe de rechercher la cause, quand on désire comprendre et éviter la lésion qu'on observe.

J'ai dit plus haut que cette recherche me semblait singulièrement facilitée par cette comparaison :

Avec la *gaïacoléine*, accidents *transitoires et légers* ;

Avec la *phénylcocaïne*, accidents *très rebelles et graves.*

Je commence, en conséquence, par éliminer tout d'abord l'hypothèse que ces accidents seraient dus à la substance anesthésique. Du gaïacol et de la cocaïne, le premier, à cause de sa causticité et aussi de la dose double qu'on en emploie, serait certainement le plus défectueux des deux à cet égard, tandis qu'on observe précisément le contraire. Il faut donc chercher une autre cause.

J'incrimine la préparation dans son ensemble, plus spécialement le véhicule, et d'une façon absolument précise l'oléo-naphtine.

Quand M. Poinsot, en effet, institua la si intéressante méthode des injections de cocaïne basique, il se préoccupa d'entourer sa formule de toutes les garanties désirables et il chercha particulièrement un véhicule gras qui ne fût pas susceptible d'altérations secondaires : l'huile de naphte, de nature minérale, offrait l'avantage unique de ne pas s'oxyder, de ne pas *rancir* au contact de l'air. Ce fut cette raison qui décida le choix de M. Poinsot. On ne peut reprocher à sa préparation que d'avoir les défauts de ses qualités. Le but cherché était d'obtenir des injections difficilement diffusibles : elles le sont si bien qu'elles ne le sont réellement pas d'une façon suffisante.

Si l'huile de naphte, en effet, huile minérale, ne s'oxyde pas comme les huiles végétales, elle ne s'émulsionne pas non plus comme celles-ci, et, de ce chef, son absorption par l'organisme vivant se trouve singulièrement entravée, l'émulsion des graisses étant la première condition de leur assimilation.

Je crois trouver dans ce seul fait l'explication des lésions dont je m'occupe. Point n'est besoin pour les comprendre d'avoir recours à l'infection, à laquelle, parce qu'elle explique bien des choses, on trouve facile de faire expliquer tout. Je ne nie pas certes, bien au contraire, que, dans un milieu comme la bouche, une infection secondaire ne soit souvent le complément d'une lésion quelconque; mais quand on parle de cause, c'est la cause première qui importe.

Or, ici, la cause première peut être absolument aseptique, la gravité des accidents infectieux consécutifs n'ayant, comme on peut le concevoir, aucun rapport nécessaire avec la septicité de la matière injectée.

La seule présence dans les tissus, de l'oléo-naphtine, suffit à tout expliquer.

Quand nous injectons une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne, nous n'introduisons pas, abstration faite de la minime dose d'alcaloïde, de corps étranger dans les tissus, l'eau étant, en somme, le corps chimique le plus abondamment représenté chez

l'être vivant : la *masse* injectée est rapidement résorbable, facilement assimilable.

Tout autrement se comportent les injections grasses : par le seul fait de leur introduction dans un tissu, les conditions d'existence se trouvent profondément modifiées ; les éléments cellulaires imprégnés, noyés pour ainsi dire dans la nappe huileuse et recouverts par elle d'une couche imperméable, se trouvent en quelque sorte séparés du reste de l'organisme ; les échanges nutritifs sont considérablement entravés et ralentis ; la vie de la cellule et par suite du tissu est compromise.

D'un autre côté, ce liquide, si différent des humeurs de l'économie, joue le rôle d'un corps étranger et provoque de la part de l'organisme une réaction inflammatoire, dont l'effet vient s'ajouter à la distension provoquée par l'huile elle-même, pour donner l'infiltration œdémateuse qui est la caractéristique des injections de phénylcocaïne.

Mais si la présence de cette substance provoque la phase initiale de l'inflammation, elle en entrave malheureusement les effets salutaires. — La diapédèse des globules blancs et la phagocytose qui sont la raison d'être de l'inflammation, la véritable défense de l'être vivant, ne peuvent s'accomplir dans ce milieu imprégné de substance impénétrable aux liquides organiques. Comme l'immunité buccale, ainsi que l'établissait tout récemment M. Hugenschmidt, n'est due en réalité qu'à ces deux phénomènes plus intenses et plus actifs au niveau des muqueuses qui revêtent les cavités naturelles que partout ailleurs, cette immunité se trouve de la sorte suspendue, et, comme je le disais plus haut, les *infections secondaires* peuvent se développer avec une remarquable facilité sur un terrain ainsi préparé.

Tels sont, à mon sens, les mauvais effets de l'oléo-naphtine elle-même. Dans la préparation dont je fais ainsi la critique, cette huile sert de véhicule à deux corps dont l'action synergique ne peut qu'aggraver encore son action propre.

Le premier est la cocaïne, cocaïne basique, c'est-à-dire insoluble, et aussi difficilement et lentement résorbable. Je ne crois son action que secondaire ; je la croirais même nulle si elle était seule, mais je ne la juge pas négligeable dans les circonstances présentes.

Quoique insoluble, la cocaïne ne séjourne pas indéfiniment en place : elle diffuse d'abord hors de son véhicule gras par phénomène osmotique, puis elle se transforme en chlorure au contact du chlorure de sodium que renferme le plasma sanguin, et les dernières traces en sont éliminées avant la disparition de l'huile.

Mais, pour transitoire que soit sa présence, elle n'en a pas moins été suffisante pour provoquer dans les premières heures qui suivent l'injection une vaso-constriction énergique et une ischémie grave dans cette région dont la nutrition était déjà si sérieusement menacée. Pénurie de matériaux nutritifs d'une part, impossibilité d'assimilation d'autre part, telle est la situation du tissu injecté à la *phénylcocaïne*.

Aussi transitoire, moins grave encore peut être, mais nuisible aussi est la présence du phénol dans cette solution. Vaso-constricteur lui-même, il ajoute à l'anémie de la région ; caustique, il irrite les éléments cellulaires dont la défense est déjà paralysée.

Tel est le premier point de la question. Il en est un second que j'ai signalé dès le début : la douleur post-opératoire, tellement intense parfois, que certains malades des moins susceptibles déclarent lui préférer de beaucoup la douleur de l'extraction sans anesthésie [1].

Il faut s'entendre toutefois au sujet des douleurs qui peuvent suivre les extractions pour lesquelles on a eu recours à l'anesthésie locale, car elles sont de deux espèces très différentes.

Il arrive souvent, je dirais toujours si la susceptibilité individuelle du patient n'était en la matière un facteur aussi variable qu'important, que dans les quelques minutes qui suivent une extraction pour laquelle l'anesthésie (quel que soit le procédé employé) a été satisfaisante, le patient accuse une douleur assez vive dont l'intensité va croissant pendant une demi-heure environ, pour disparaître ensuite lentement. Cette douleur existe, que l'anesthésie ait été pratiquée ou non. Mais comme dans l'extraction simple elle succède à la douleur violente de l'arrachement ligamenteux, elle semble peu de chose en regard de celle-ci. Si, au contraire, la douleur de l'extraction a été faible ou nulle, la sensation de plaie semble naître et s'accroître à mesure que l'effet anesthésique s'évanouit, et, comme le patient manque de point de comparaison, il déclare parfois cette sensation atroce. C'est là un petit inconvénient de l'anesthésie locale qui ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Tout autre est la vraie douleur post-opératoire, celle qui suit souvent les injections de *phénylcocaïne*. Elle survient tardivement, 6, 12, 24, 48 heures même après l'opération : elle procède par crises paroxystiques tantôt fulgurantes, tantôt prolongées pendant plusieurs minutes, 15 à 20 au maximum, pongitives, atroces, revêtant parfois une forme névralgique, le plus souvent séparées par des périodes d'accalmie totale, venant à tous les moments de la journée ou de la nuit, de nombre et de durée variables, depuis une seule, jusqu'à 6, 8 espacées dans un laps de temps de 4 à 8 jours, plus même parfois. Cela est moins fréquent, mais plus fâcheux peut-être que les accidents muqueux.

J'avais d'abord songé à incriminer les propriétés caustiques du phénol. Je me suis arrêté aujourd'hui à une opinion plus physiologique, plus conforme aussi à l'idée générale que je me fais de l'action de la *phénylcocaïne*. Cette douleur est d'origine réflexe, c'est la douleur de l'élément vivant lésé dans sa vitalité, de la cellule asphyxiant. On la retrouve dans les cas où la vie s'arrête lentement

1. Je viens précisément d'observer tout récemment (15 juin) une malade chez laquelle une injection grasse de cocaïne dans l'huile d'amandes douces provoqua cependant, 48 *heures après l'opération*, une douleur brusque si violente qu'elle occasionna une syncope. L'anesthésie, pour l'extraction, avait été *absolue*.

et progressivement dans une région par défaut de nutrition : dans la gangrène sénile, par exemple, et dans la maladie de Maurice Raynaud.

C'est donc-là une confirmation de ma manière de comprendre le processus que j'ai exposé plus haut. J'en vois une autre encore dans la façon toute différente dont se comportent les injections d'huiles végétales, qu'elles contiennent du gaïacol, comme la formule d'André, ou de la cocaïne, comme une formule que j'étudie depuis quelque temps. Elles donnent bien lieu à des accidents de même nature, c'est là, en somme, un *inconvénient inhérent aux véhicules gras* ; mais, comme je le disais en commençant, ces troubles ont pour caractère essentiel d'être légers et transitoires, ce qui prouve bien qu'ils sont en raison directe de la difficulté avec laquelle l'huile s'émulsionne.

Donnerai-je une conclusion à ce travail, que les questions incidentes, successivement rattachées à la question principale, ont rendu plus long que je ne l'avais prévu d'abord? — Au risque de devenir fastidieux, j'ajouterai encore quelques mots, afin de ne pas laisser croire à une intention qui n'est pas mienne. Est-ce un réquisitoire que j'ai entendu prononcer contre l'emploi de la cocaïne insoluble? Je tiens à affirmer que non. La question de cet emploi me paraît au contraire des plus intéressantes et des plus importantes. Intéressante, parce qu'elle est due à l'un des nôtres, et non des moindres, et que, par son emploi actuel, comme par son origine, elle rentre dans le cadre de nos recherches et de notre compétence. Importante, elle l'est plus encore, parce qu'elle nous met à l'abri, dans une large mesure, des accidents généraux que, en vertu de l'habitude acquise, on nous reprochera toujours plus vivement qu'aux autres spécialistes ; elle l'est surtout parce que, si un accident survient, coïncidant avec l'emploi par nous de l'anesthésie cocaïnique, il nous est possible, si nous avons fait usage d'une préparation insoluble, d'établir — les règles générales ayant été respectées d'ailleurs — que notre responsabilité n'est nullement engagée et qu'il importe de chercher ailleurs la cause de cet accident.

Je suis donc loin de condamner cette méthode, et pense au contraire que nous devons une grande gratitude à M. Poinsot de nous l'avoir fait connaître. Mais j'ai cru devoir établir que l'état actuel de ces préparations ne constitue pas la perfection, qu'il nous faut travailler encore et chercher mieux, l'idéal à poursuivre étant la préparation cocaïnique qui, avec l'immunité générale, nous donnera l'innocuité locale.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

*Réunion du 1er juin 1897.*

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

*M. Papot.* — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à formuler ?

Aucune observation n'est présentée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Observation d'un cas de reconstitution partielle du maxillaire inférieur, par M. R. Heïdé.

*M. Heïdé* donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux* p. 7), et présente la malade, ainsi que des photographies et l'appareil.

Discussion.

*M. Heïdé.* — La personne ne peut plus se passer de l'appareil ni jour ni nuit et, lorsqu'elle ne l'a pas, elle éprouve des douleurs.

*M. Prével.* — Peut-elle ouvrir la bouche sans risquer de décrocher les ailettes ?

*M. Heïdé.* — Oui, à moins d'un mouvement forcé, et la chose est sans importance.

*M. Richard-Chauvin.* — Il y a deux mois, une malade a été amenée par M. Liskenne ; on lui a fait un appareil dont la combinaison était la même que dans celui de M. Heïdé et qui a donné de très beaux résultats, mais il a été d'une exécution très difficile, parce que l'opération n'avait pas été heureuse. Dans l'appareil Lemaire — c'est celui dont je parle — il y avait de grosses difficultés à vaincre à cause de la résistance des brides cicatricielles. Les deux appareils ont été conçus dans le même esprit, quoique, bien entendu, il n'y ait pas eu d'accord préalable entre leurs auteurs. Il faut prendre note de ces deux succès.

II. — La dentition chez les enfants. Etat normal. Etat pathologique, par M. le Dr Millon.

*M. le Dr Millon* fait une conférence sur ce sujet (V. *Travaux originaux* n° de juin, p. 368).

Discussion.

*Mme Billoray.* — J'ai vu deux sœurs qui avaient des dents huit jours après leur naissance.

*M. le Dr Millon.* — De pareilles dents sont très fragiles.

*Mme Billoray.* — Ces enfants ne se portent pas bien.

*M. Lemerle.* — Y a-t-il une corrélation entre l'éclampsie et l'érosion, comme le pense Magitot ?

*M. le Dr Millon.* — L'érosion dentaire est très intéressante chez les enfants. On a imaginé beaucoup de causes de l'érosion, mais on ne peut pas les prouver.

*M. Prével.* — Dans ma famille, une de mes parentes était phtisique ; elle devint grosse, dans sa grossesse elle ne se portait pas bien, et son enfant présenta des érosions.

*M. le Dr Millon.* — Si vous cherchez dans les familles, vous ne trouverez pas de résultats satisfaisants pour votre enquête.

*M. Godon.* — M. Millon ne nie pas les accidents de dentition, mais pour lui ils seraient la cause secondaire des troubles qu'on

constate chez l'enfant. Je me rappelle bien la discussion qui eut lieu à ce sujet à l'Académie de médecine, et plusieurs orateurs sont arrivés à des conclusions différentes de celles de M. le Dr Millon. Tous les pères de famille ont pu constater les accidents qui surviennent chez leurs enfants à l'époque de la dentition ; or, ces accidents sont plus nombreux quand l'enfant est élevé au biberon, que s'il l'est au sein. Il n'est pas juste de nier absolument l'influence de la dentition ; on peut différer d'avis sur son importance, au point de vue de la production des troubles de l'enfance ; mais on ne peut, je crois, en contester l'influence.

J'ai présenté, il y a dix ans, à la Société, une communication sur la chute prématurée des dents temporaires. Je me souviens d'une jeune fillette dont toute la dentition était tombée à l'âge de 4 ans : je l'ai revue récemment, et, avant de l'examiner, j'ai dit à mon assistant qu'il était possible qu'elle eût de l'érosion, et précisément elle en avait. Je m'étais formé cette opinion en raison de ses accidents d'enfance ; or, elle n'est ni tuberculeuse ni syphilitique.

*M. Millon.* — Aujourd'hui nous n'admettons plus d'accidents de dentition proprement dits, tout en reconnaissant des troubles. Vous êtes en présence d'un enfant malade : autrefois le médecin accusait les dents ou les vers ; actuellement on est arrivé à la conclusion qu'aucune des maladies de dentition n'existe. Cependant la dentition est un facteur important dont il faut tenir compte ; c'est la pierre qui fait butter l'enfant, et il se peut que ce soit le phénomène initial. Néanmoins, encore une fois, il ne faut plus dire qu'il y a des maladies de dentition, car on ne peut jamais affirmer qu'une maladie est due à la dentition. Ainsi, j'ai une petite fille qui a de fréquentes éruptions d'urticaire, coïncidant quelquefois avec le percement des dents ; mais je me garderais bien d'accuser celles-ci. D'une manière générale, ce n'est que quand on aura des milliers d'observations qu'on pourra peut-être trancher la question.

*M. Richard-Chauvin.* — Il y a quatre ou cinq ans, j'ai lu la traduction d'un article d'un médecin allemand qui avait examiné 1.000 enfants ; il a toujours pu déterminer la véritable pathogénie et n'a jamais pu constater d'accidents de dentition. Ces derniers ne sont qu'une résultante. On a bien fait intervenir l'érosion, mais elle porte plutôt sur les dents permanentes, et les observations faites dans les écoles ont permis d'observer que les érosions sont des troubles d'ordre trophique sous la dépendance de causes diverses.

*M. de Marion.* — N'avez-vous jamais remarqué si dans la carie, en dehors de l'influence héréditaire, l'alimentation par une nourrice à mauvaises dents ne peut pas nuire à l'enfant ?

*M. Millon.* — J'ai cherché à me rendre compte des facteurs de la carie dentaire chez l'enfant, et je n'ai rien trouvé ; pourtant j'ai beaucoup de matériaux. J'ai constaté que beaucoup de rachitiques et même de tuberculeux ont de belles dents, et que les premiers n'offrent pas une prédisposition à la carie.

*M. de Marion.* — Vous ne conseillez pas de prendre une nourrice à mauvaises dents ?

*M. Millon.* — Quand on choisit une nourrice, on a l'habitude de regarder ses dents ; mais je ne sais pas pourquoi. Cependant, je n'irais pas jusqu'à recommander de donner la préférence à une femme à mauvaises dents.

*M. Papot.* — J'ai pu remarquer, dans les services dentaires d'enfants dont j'ai été chargé, que les enfants élevés au sein ont des dents plus mauvaises que ceux élevés au biberon ; que les premiers ont une éruption précoce, tandis que chez les autres elle est tardive ; il y a corrélation entre l'éruption tardive et une plus grande résistance à la carie.

*M. Loup.* — Pour M. Godon, la dentition est la cause directe ou indirecte de certaines manifestations, et Comby trouve qu'il y a des enfants chez lesquels tout est sujet à une manifestation pathologique. La question est de savoir si la dentition se fera d'une façon normale. Si l'enfant n'est pas très robuste, à trois mois la dent est complètement formée, et elle est recouverte par le sac folliculaire, qui sera plus tard le périoste ou la cuticule. Il sera comprimé entre l'os et la dent, et si l'enfant est dans un état d'infériorité, il en résultera des troubles. A trois mois, certains enfants présentent des phénomènes nerveux, et j'ai vu chez quelques-uns ces périodes de douleurs se reproduire jusqu'à 5 ou 6 mois. Mais, ainsi que je vous l'ai indiqué, j'ai obtenu une atténuation très marquée de ces douleurs par l'emploi de la teinture d'iode. Je continue mes observations à cet égard à Saint-Lazare, et, chaque fois qu'un enfant offre des phénomènes nerveux, je recours à l'iode. Je considère, en effet, que cet agent calme la compression des filets nerveux. Ceux qui sont pères ont tous remarqué que les enfants souffrent pendant quelques jours, pour avoir une accalmie ensuite.

*M. Richard-Chauvin.* — Lors de l'éruption, le sac folliculaire est percé et, quand l'éruption commence, ce sac se rompt ; la compression n'a rien à y voir, non plus que la membrane.

*M. Millon.* — Le tiraillement des filets nerveux est une question peu clinique. J'essaierai volontiers la teinture d'iode ; mais je demanderai à M. Loup s'il a vu ces prurits déterminer des phénomènes morbides, s'il a observé des convulsions. Pour moi, ce n'est pas le cas.

*M. Loup.* — En parlant de la membrane de Nasmyth, j'ai dit que, lorsque la poussée de la dent commence, celle-ci est recouverte du sac folliculaire, et, quand la dent va le percer, il y a chez l'enfant affaibli une tendance favorable à la douleur causée par la compression des filets nerveux. Nous avons un entraînement de ce sac par la dent, et, celle-ci facilitant la résorption des parois de la chambre de l'alvéole, il se produit un travail pathologique, qui est la compression des filets nerveux. Chez un enfant affaibli il y a des phénomènes nerveux.

*M. Ronnet.* — Vous trouvez des phénomènes nerveux, tandis que M. Millon les nie !

*M. Millon.* — Il y a quelques légers accidents nerveux, c'est un fait. Cependant je n'ai voulu vous apporter que le résultat d'un

travail médical, en insistant seulement sur la théorie moderne, car on fait de la pathologie infantile qui n'existait pas ; j'ai simplement vérifié ce qui a été dit par les auteurs, en m'assurant de la vérité de leurs affirmations.

*M. Martinier* remplace *M. Papot* à la présidence.

III. — Observation d'extraction a l'aide de la clef de Garengeot, Par M. Ronnet.

*M. Ronnet.* — Depuis les progrès apportés à l'extraction des dents par les daviers, d'une façon générale l'extraction à l'aide de la clef de Garengeot est abandonnée par presque tous les praticiens sérieux. Je n'en tiens pas moins à présenter une observation d'extraction que j'ai faite ces temps passés, où la clef si redoutée m'a été d'un grand secours et a été pour mon malade la cause d'une délivrance rapide de l'organe qui le faisait souffrir.

Pour cette raison, je crois devoir reprendre la vieille théorie que j'ai déjà soutenue devant mes confrères, il y a quelque quinze ans, qu'il serait bon d'exercer nos jeunes dentistes à se servir de cet instrument et de ne pas le rejeter sans rémission de notre bagage opératoire. Il va sans dire que son usage doit être strictement limité à certains cas.

Voici l'observation :

F..., boulanger, âgé de 25 ans environ, est un homme robuste, qui vient me trouver, le 1er mai, pour se faire extraire la deuxième grosse molaire inférieure (côté gauche).

A l'inspection on remarque que cette dent, atteinte de carie pénétrante, est enclavée solidement entre la première molaire et la dent de sagesse ; le bord lingual est totalement absent, mais il reste un fragement de couronne du côté labial.

Quel que soit l'instrument qu'on emploie, même une sonde à exploration, on ne parvient pas à rencontrer le bord interne de la racine. Quelques tentatives faites avec un davier dit bec de perroquet, même en descendant au-dessous de l'alvéole, m'obligent à reconnaître que son emploi est inutile et douloureux.

Il me reste donc, si je ne veux pas me servir de la clef, à faire la luxation avec la langue de carpe et à renverser les racines à l'aide du pied de biche.

Or, je vous l'ai dit plus haut, nous avons affaire à une dent fortement implantée et serrée entre la première molaire en avant et la dent de sagesse (très solide) en arrière.

Si nous faisons de grands efforts soit d'un côté, soit de l'autre, nous risquons, étant donné le peu de résistance de notre couronne (ou fragment de couronne), de faire sauter ce qui en reste et de rendre notre opération encore plus difficile. Dans cette crainte je résolus de faire l'extraction à l'aide de la clef de Garengeot, panneton en dedans, et, sans effort, en ayant seulement soin de prendre mon point d'appui sur le collet de la partie interne, la dent fut extraite en une ou deux secondes au plus.

J'ai revu mon malade, et aucun bris d'alvéole n'avait été fait, la guérison était terminée quelques jours après.

Je sais que beaucoup d'entre vous considèrent l'emploi de cette clef comme néfaste et contraire à nos règlements dans l'instruction à donner à nos jeunes élèves ; mais avant tout, je trouve intéressant de savoir se servir de tous les instruments, surtout quand on peut éviter par leur emploi de la souffrance à nos malades. Or, je considère que si je n'avais pas employé la clef, il m'aurait été impossible d'extraire cette dent sans de longues recherches, et par conséquent sans de grandes douleurs.

Discussion.

*M. Richard-Chauvin.* — Il est des cas où l'on peut avoir besoin de se servir de cet instrument. Si l'on enseignait ici à le faire, on signalerait les accidents qui peuvent en résulter.

*M. Weber.* — J'ai assisté à Lariboisière à des extractions avec la clef de Garangeot, et je n'ai pas vu de fracture comme avec les pieds de biche ; mais il faut dire qu'elles sont opérées par un praticien habile, qui n'emploie pas d'autre instrument.

*M. Lemerle.* — Je me suis servi de la clef pendant cinq ans, et j'estime qu'entre des mains habituées elle n'offre pas de grands dangers ; dans la clef il n'y a qu'un seul temps, tandis que dans le davier il y en a plusieurs, et, si l'on ne place pas le panneton convenablement, on peut avoir une fracture de l'alvéole. Les opérateurs qui ont du sang-froid se servent bien de la clef ; aussi suis-je partisan d'en montrer l'emploi, pour que les élèves, en quittant l'Ecole, aient vu manipuler cet instrument.

*M. le Dr Sauvez.* — On souffrirait moins avec la clef.

M. Weber disait tout à l'heure que notre confrère de Lariboisière respecte toujours les alvéoles avec la clef ; ce n'est pas étonnant, car il n'emploie pas d'autre extracteur.

Je suis assez partisan que nos élèves apprennent ici le maniement de la clef, car, en arrivant au régiment, ils ne trouvent pas dans la boîte de chirurgie d'autre instrument pour opérer les extractions ; il est donc utile qu'ils sachent l'utiliser.

*M. Ronnet.* — Mon observation ne comporte pas la recommandation de la clef, parce que, pour instruire nos élèves, nous suivons les indications du progrès. Cependant, un jeune homme s'est présenté récemment à l'examen de la Faculté, et on l'a interrogé sur l'extraction avec la clef ; comme il ne savait pas s'en servir, il a échoué.

Il faut bien se garder de considérer la clef comme un instrument ordinaire ; elle est, au contraire, un instrument dont il ne faut faire usage que très rarement. J'ai vu fracturer tout un maxillaire, j'ai vu enlever un palais avec une clef ; il est cependant nécessaire d'en démontrer l'emploi à nos élèves.

*M. Lemerle.* — Je demande qu'on introduise la clef de Garangeot dans l'enseignement de l'Ecole.

*M. Martinier.* — Vous présenterez cette proposition à la Commission d'enseignement, dont vous faites partie.

*M. Lemerle.* — Ou plutôt je demande que son emploi soit démontré par les chefs de clinique.

*M. de Marion.* — On peut formuler un vœu ici sur ce sujet.

*M. le Dr Sauvez.* — Oui, nous aurions plus de force avec un vœu de la Société d'Odontologie.

*M. Martinier.* — Une proposition qui me paraît logique, c'est de mettre la clef de Garangeot parmi les instruments qui doivent être à la disposition des élèves; mais je crois que dans la pratique de l'Ecole il faut en restreindre l'emploi.

La Société peut également décider dès ce soir qu'il y aura des démonstrations pratiques avec la clef de Garangeot dans une séance clinique du dimanche.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

*M. Richard-Chauvin.* — Ce n'est pas ce que nous demandons, M. Lemerle, M. Ronnet et moi. Je voudrais, dans le cours de la 3e année, un enseignement méthodique de l'emploi de la clef de Garangeot, dans lequel on ferait des extractions faciles ne comportant pas d'accidents.

*M. Ronnet.* — Il faudrait formuler un vœu qui serait transmis à l'Administration.

*M. le Dr Sauvez.* — Je trouve exagéré le désir de M. Chauvin. Nous allons, en effet, obliger nos élèves à se servir de la clef, et leur dire en même temps qu'elle est dangereuse. Je réclame donc simplement des démonstrations pratiques ; cependant, si l'on demande la clef à l'examen de la Faculté de médecine, il faut enseigner son emploi.

*M. Richard-Chauvin.* — Au régiment, dit M. Sauvez, il n'y a que des clefs, et cependant il ne veut que des démonstrations. De deux choses l'une : ou il accepte ou il refuse la chose. Pourtant, si un élève se trouve dans l'obligation de se servir de la clef, il faut qu'il apprenne à le faire.

*M. le Dr Sauvez.* — Il est utile de démontrer l'usage de cet instrument et à ceux qui vont au régiment et à ceux qui subiront l'examen de la Faculté.

*M. Martinier.* — La proposition me paraît venir hors de propos, en fin de séance, alors que beaucoup de membres sont déjà partis. Je vous demande de l'ajourner.

L'ajournement, mis aux voix, est prononcé.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

*Le Secrétaire général,*
A. Loup.

---

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

(*Session annuelle tenue à Paris du 3 au 6 mai 1897*)

*Une variété d'abcès chroniques du voile du palais.* — *M. Cartaz* (de Paris) étudie dans son travail une forme rare de suppuration chronique du voile. Il s'agit, dans les deux observations qu'il publie, de fistules de l'épaisseur du voile, dans le prolongement des piliers, à leur point de jonction, se dirigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet, glissé par l'orifice fistuleux que l'on trouve à l'union des deux piliers antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche d'un demi à un centimètre, à parois légèrement fongueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, parfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on retire des cryptes de l'amygdale.

Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique sont peu importants. Les malades se plaignent de gêne plutôt que de douleur, et, si l'attention n'est pas éveillée sur ce point, s'il n'existe pas de rougeur ou de tuméfaction légère du voile à ce niveau, on a tendance à rattacher les troubles accusés à de la pharyngite chronique.

Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux ? S'agit-il d'une fistule borgne consécutive à un abcès péryamygdalien, abcès de la loge sus-amygdalienne ayant fusé du côté du voile ? Est-ce au contraire, une inflammation propagée de par une amygdatite, dans un diverticule congénital, vestige du deuxième sillon pharyngien, comme la loge sus-amygdalienne elle-même ?

Comtual a décrit autrefois des anomalies de ce genre. Landgraft en a publié récemment des exemples, et M. Cartaz pense que les deux hypothèses, au point de vue de l'étiologie de ces abcès chroniques, peuvent être également invoquées suivant les cas.

*
* *

*Du chlorhydrate d'eucaïne en rhinologie, otologie, laryngologie, comparé au chlorhydrate de cocaïne.* — *M. Martin* (de Paris) dit que les effets du chlorhydrate d'eucaïne sur la muqueuse du nez, du larynx et du pharynx sont les mêmes que ceux du chlorhydrate de cocaïne, avec cette différence que :

1° La solution n'étant pas décomposable par l'ébullition, on peut n'employer que des solutions stérilisées ;

2° La muqueuse nasale ne se rétractant pas permet de prendre sans douleur, avec l'anse froide ou chaude ou la pince coupante, les parties hypertrophiées ;

3° On n'observe pas de sueurs froides, de tendances à la syncope, ni d'excitation.

*
* *

*Éclairage par contact, du sinus maxillaire, ou éclairage rétro-*

*maxillaire.* — *M. Escat* (de Toulouse), pour faciliter le signe de Heryng dans le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire, a recherché un mode d'éclairage plus direct, l'éclairage par contact, du sinus maxillaire ou éclairage rétro-maxillaire.

Il emploie une lampe-bijou de 3 à 5 volts, incluse dans une capsule métallique fixée sur une tige rectiligne ; l'instrument, qui a la forme d'une pipe minuscule, se fixe sur le manche du galvano-cautère.

Cette lampe est introduite dans la partie la plus reculée de la gouttière gingivo-buccale supérieure, *fossette rétro-maxillaire*, répondant à la partie buccale de la face postérieure du maxillaire supérieur ; l'ouverture de la capsule, inclinée vers la face postérieure du maxillaire supérieur qui regarde en dehors et en arrière, est appliquée sur la muqueuse le plus intimement possible ; un contact de 2 à 5 secondes suffit.

L'illumination du sinus est semblable à celle obtenue par la lampe de Heryng.

L'éclairage rétro-maxillaire a l'avantage d'être un éclairage direct ; il est indiqué dans tous les cas où le résultat de l'éclairage de Heryng, éclairage indirect, est rendu suspect par la présence de lésions hypertrophiques du méat moyen.

*
* *

*Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire.* — *M. Luc*, après avoir rappelé que la guérison radicale de l'affection en question est une tâche des plus ardues de la rhinologie, attribue les insuccès fréquents des divers procédés opératoires nasal et buccal à ce que les premiers donnent une voie insuffisante pour le curettage du foyer, et que les seconds maintiennent ce foyer en communication prolongée avec la bouche, et l'exposent ainsi aux causes multiples d'infection.

Il a évité les inconvénients de ces deux procédés et a réuni leurs avantages par la méthode suivante : 1° ouverture large du sinus maxillaire par incision de la muqueuse gingivale, au bistouri, à 15 millim. au-dessus du collet des dents : refoulement de la muqueuse avec la rugine et résection de la plus grande partie de la paroi antérieure du sinus ; 2° curettage minutieux des fongosités du sinus, à l'aide de l'éclairage électrique, et cautérisation avec une solution forte de chlorure de zinc ; 3° création, avec la gouge et le maillet, d'un orifice de communication entre le sinus et les fosses nasales, au niveau de la partie antérieure et inférieure de la paroi interne de l'antre et de l'extrémité antérieure du méat inférieur ; 4° introduction, au moyen d'un stylet courbe, d'un drain à travers l'hiatus artificiel qui vient d'être créé ; le drain est maintenu dans le sinus par son extrémité évasée, et ressort, d'autre part, par la narine ; 5° réunion, par première intention, de la plaie gingivale, au moyen d'un catgut fin, après que le sinus a été bien saupoudré d'iodoforme.

L'opération est alors terminée. La plaie gingivale est cicatrisée au bout de trois jours, et le foyer, soustrait au danger de l'infection buccale, n'est plus en communication avec l'extérieur que par le nez.

Les jours suivants, on maintient le foyer aseptique par le drain laissé en place, au moyen d'injections d'éther iodoformé, et par des irrigations avec des solutions de formol ou d'acide borique.

Au bout d'une quinzaine de jours, on retire le drain hors du nez, par une traction légère, et la guérison est complète.

*
* *

*Parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie.* — *M. Garet* cite trois observations de parésie intermittente du voile du palais au cours de la neurasthénie : 1° femme neurasthénique soudainement prise de nasonnement intermittent à la suite d'une émotion vive ; ce nasonnement disparaissait par le repos, et se reproduisait quand le malade prononçait une nouvelle phrase : 2° nasonnement survenu à la suite d'une grippe chez une neurasthénique : même disparition par le repos ; 3° paralysie bilatérale survenue à trois reprises différentes : les crises apparaissaient à la suite d'émotions ou de contrariétés, et duraient de trois mois à quinze jours.

Cette affection ne peut être rattachée qu'à une asthénie motrice neurasthénique. Le phénomène est considéré par l'auteur comme une sorte de myspragie d'origine nerveuse analogue à la myspragie liée à l'athérome artériel.

*
* *

*Papillomes du voile du palais.* — *M. Good* montre que le papillome pur, rare dans les fosses nasales, est plus rare encore quand on considère la portion buccale du voile du palais. Il s'agit ordinairement de tumeurs offrant un aspect papillomateux ou de papillomes combinés plus ou moins avec des adénomes. La constitution du papillome des muqueuses présente comme caractère un stroma de tissu conjonctif dans lequel on trouve des vaisseaux disposés en anses, recouvert d'un épithélium à cellules cylindriques.

(*L'Indépendance médicale*, n° 20.)

---

# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile Roger, avocat.

## COUR DE NANCY

*Audience du 12 mai 1897.*

Chirurgien-dentiste. Mécanicien-dentiste. Ouverture d'un cabinet dentaire. Opérateur innomé. Exercice illégal.

*L'illégalité prévue par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ne consiste pas uniquement dans la pratique des opérations faites en dehors des conditions exigées par la dite loi, elle réside surtout dans la direction donnée à ces opérations mêmes par le moyen des consultations et de l'examen des clients.*

*En conséquence, le mécanicien-dentiste qui ouvre sous son nom un cabinet dentaire, en indiquant qu'il s'est assuré l'assistance d'un opérateur, commet le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.*

*Vainement objecterait-il qu'il ne s'occupe que de la prothèse dentaire, car il est inadmissible qu'il se désintéresse de la direction du dit cabinet au point de l'abandonner entièrement à un opérateur, d'ailleurs anonyme et irresponsable.*

H... contre S...

Dans le courant de l'année 1896, le sieur S..., qui n'avait jamais obtenu aucun diplôme ni fait d'études spéciales, ouvrait un cabinet dentaire à Nancy. Poursuivi par le parquet, il fut condamné une première fois pour exercice illégal de l'art dentaire. Cette condamnation ne le préoccupa en aucune façon. En effet, peu après, il s'adjoignait un opérateur, et publiait dans les journaux des annonces-réclames dans lesquelles il qualifiait son cabinet de « cabinet dentaire ». Voici au surplus, la teneur littérale de ses annonces : « *Cabinet dentaire de S..., mécanicien-dentiste, assisté d'un opérateur, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris. — Consultations de 9 heures à midi et de 2 à 5 heures* ».

Plusieurs dentistes de Nancy s'émurent de cette situation, et l'un d'eux introduisit une instance correctionnelle contre le sieur S... Il prétendit que cette affaire soulevait une question intéressant au plus haut degré la santé publique et que, sous peine de permettre d'échapper à toutes les garanties que le législateur a exigées, il ne saurait être permis à un mécanicien-dentiste d'ouvrir un cabinet dentaire sous son nom, cabinet dans lequel se feraient les opérations courantes de cette profession, sans avoir les titres exigés par la loi.

De son côté, S... soutenait que la partie opératoire était faite par un opérateur régulièrement qualifié quant à ce faire, et que son intervention se bornait à faire des pièces de prothèse, ce qui était son droit.

Le 11 février 1897, le tribunal correctionnel de Nancy avait admis cette thèse. — Appel par H...

Devant la Cour les dentistes de Nancy ont soutenu que c'était S... et non un autre, qui se manifestait au public comme exerçant la profession de dentiste, par ses circulaires, prospectus, annonces, enseignes, c'est-à-dire par les moyens ordinaires employés à cet effet. Il importe peu, disaient-ils, que dans certaines annonces de journaux S... ait modifié son titre en prenant celui de « mécanicien-dentiste », puisque, dans les mêmes, il s'indiquait comme simplement assisté d'un opérateur. Cette assistance ne fait pas disparaître le délit, ajoutaient-ils, car, par cela même qu'il se déclare « assisté », il se donne la qualité de patron, de participant aux opérations générales qui se font dans un cabinet dentaire. Les prescriptions de la loi seraient illusoires si la profession de dentiste, comme celle de médecin, du reste, pouvait être exercée par un anonyme plus ou moins nomade, venant prêter son assistance à un incapable. Ni la médecine ni la dentisterie ne peuvent être exercées par personnes interposées. S..., concluaient-ils, est incapable ; il a exercé avec l'assistance d'un anonyme dont la capacité échappe forcément au contrôle des magistrats. Or, admettre une pareille habilitation serait contraire non seulement au texte de la loi, mais à son but qui est de permettre une surveillance constante, dans l'intérêt de la santé publique, des professions réglementées, et surtout de pouvoir empêcher ceux que la loi déclare incapables d'exercer, soit par eux-mêmes, soit par personnes interposées, soit même avec l'assistance de personnes capables, une profession que la loi leur interdit. Ils demandaient, en conséquence, des dommages-intérêts pour le préjudice causé, puis à ce qu'il fût fait défense à S... de s'immiscer à l'avenir dans l'exercice de l'art dentaire, sous une astreinte pénale.

La Cour de Nancy est allée résolument au fond des choses, elle ne s'est pas arrêtée aux apparences trompeuses. Voici, en substance, son raisonnement : le cabinet incriminé est bien la propriété de S... ; dès lors ce cabinet est exploité sous sa seule responsabilité, car il ne saurait, vis à-vis de la clientèle, rejeter la responsabilité des opérations sur le dentiste qui l'assiste et dont il ne divulgue même pas le nom au public. Ces prémisses posées, elle en tire cette conséquence que S... prend part à la direction de son cabinet dentaire, et ce d'une manière suivie, parce qu'il est inadmissible qu'il se désintéresse de cette direction en l'abandonnant entièrement à l'opérateur anonyme et irresponsable qui peut même disparaître d'un moment à l'autre.

Attendu, continue l'arrêt, qu'il est possible, ainsi qu'il est allégué par S..., que cet opérateur fasse les opérations de son art seul, à l'exclusion de S... ; mais attendu que l'illégalité prévue par l'article 16 ne consiste pas uniquement dans la pratique des opérations faites en dehors des conditions exigées ; qu'elle réside surtout, ainsi que le porte cette disposition, dans la direction donnée à ces opérations mêmes par le moyen de consultations et de l'examen des clients ;

Attendu que cette direction entière ou partielle est suffisamment justifiée à l'encontre de S..., et que l'assistance de son opérateur, loin

d'exclure cette direction, en est la confirmation manifeste, puisqu'elle implique que ce praticien opère en sous-ordre, c'est-à-dire sous la direction et la surveillance d'un patron, lequel ne peut être dans l'espèce que le tenancier du cabinet où se font les opérations...

En réalité, la Cour a relevé cette circonstance que S... n'était pas un simple mécanicien-dentiste, puisqu'il dirigeait le cabinet. En s'étendant sur les inconvénients d'une pareille combinaison, elle dit formellement qu'un cabinet où les opérations dentaires sont pratiquées par un opérateur anonyme et irresponsable, sous la direction d'une personne qui n'est ni titulaire d'un diplôme de chirurgien-dentiste ni dentiste patenté, n'offre pas les garanties que la loi a voulu consacrer, et que, si un tel état des choses était toléré, les dispositions protectrices de la loi cesseraient bientôt de recevoir leur application. En conséquence, elle a infirmé le jugement et condammé S...

Cette thèse ne manque pas de hardiesse ; mais il ne viendrait à l'idée de quiconque, soucieux de la légalité, de la critiquer. Il est, en effet, lamentable de voir des praticiens employer les moyens les plus blâmables pour se mettre à l'abri des poursuites judiciaires. La décision de la Cour de Nancy vient à point pour apprendre à ceux qui s'endorment ainsi dans une quiétude qui n'est pas sans danger que les juges ont le pouvoir de pousser plus profondément leurs investigations en vue de découvrir et de mettre à nu ce qui est la vérité. Comment! il suffira qu'un industriel vienne meubler un appartement, dénommer celui-ci « cabinet dentaire », prendre la qualité de « mécanicien-dentiste », annoncer au public l'assistance d'un opérateur anonyme, pour que le juge soit désarmé ! — Allons donc! ce serait par trop plaisant et on se ferait ainsi une singulière idée des professions réglementées. Il n'est pas un dentiste qui n'applaudisse à cette décision qui est allée droit au but afin de démasquer l'audace, quels que soient d'ailleurs les traits sous lesquels elle se présente. L'arrêt le proclame : il y a deux moyens de commettre le délit d'exercice illégal de l'art dentaire : l'un est matériel et tangible, c'est l'opération ; l'autre plus redoutable, parce qu'il se voile et ne se conçoit qu'intellectuellement seulement, c'est la direction, la gestion. L'arrêt établit en quelque sorte un lien nécessaire entre la propriété du cabinet et sa direction : qui est propriétaire dirige. Est-ce que ce n'est pas dans la logique des choses ? Et il suffirait que l'on se couvrît d'un comparse, pour faire échec à loi! Qui dirige commet l'illégalité prévue par l'article 16, — et cela suffit.

Certes, les faits reprochés pouvaient recevoir juridiquement une autre qualification. La loi réprime expressément le fait de l'exercice de la profession de dentiste sous un pseudonyme. On était bien dans l'hypothèse prévue par la loi. Par qui donc légalement le cabinet dentaire était-il tenu ? Le seul ayant qualité pour cela était représenté sous l'anonymat : c'était l'opérateur qu'on prétendait être habile à exercer. Mais son nom! La loi réclame impérieusement la révélation de son nom pour exercer son contrôle. L'affaire,

présentée ainsi, impliquait la mise en cause et de l'opérateur comme auteur principal du délit et du mécanicien-dentiste comme complice. La condamnation ne pouvait être douteuse, ce qui eût évité une contrariété de jugement, puisque le tribunal correctionnel avait déclaré que S... n'était point sorti du rôle qu'il s'était attribué, celui de mécanicien-dentiste.

Quoi qu'il en soit, la solution donnée par la Cour n'est point faite pour nous déplaire, puisqu'elle pose implicitement en principe qu'indépendamment des délits expressément visés par la loi (exercice sous un pseudonyme, prête-nom) il faut encore, pour avoir le droit d'exercer la profession de dentiste licitement, que la propriété du cabinet repose sur la tête d'un titulaire ayant capacité pour exercer. C'est ainsi que nous concevions l'exploitation régulière d'un cabinet dentaire, et nous espérons bien que cette décision fera réfléchir ceux qui seraient tentés de donner à la profession de dentiste les caractères d'une exploitation commerciale.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

### I. — Bibliographie française.

**Achard (C.).** — Parotidite saturnine, Bull. et Mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris, 1896, 3. s., XIII, 867-870.

**Augé.** — De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation (Thèse Paris, mai 1897).

**Ardenne.** — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'amygdale (Thèse, Bordeaux, 1897).

**Boulay.** — Crises épileptiformes et hypertrophie des amygdales (Rev. internat. de rhinol., Paris, 1896, XI, 381).

**Dalché.** — Intoxication par l'antipyrine; un nouveau cas de stomatite ulcéro-membraneuse (Bull. gén. de thérap., Paris, 1897, II, 29-31).

**Duguel.** — Un cas d'actynomycose bucco-faciale (Presse médicale), 12 mai).

**Etiévant (R.).** — Un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire (Province méd., Lyon, 1897, XI, 7).

**Ferro.** — Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale (Thèse, Paris, mai 1897).

**Foucher.** — Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires (Union médicale du Canada, avril).

**Gross.** — Résection extra-cranienne totale du nerf maxillaire supérieur (Semaine médicale, 9 juin).

**Jarre (V.).** — De la guérison du tic douloureux de la face (Mémoire présenté à l'Académie française, prix Buisson, 1895).

**Lang-Samuel.** — Monographie de la gutta-percha et son emploi en art dentaire (Thèse, Ecole dentaire, Genève).

**Leplat (A.).** — L'arthrite alvéolo-dentaire aiguë ; son traitement (Progrès dentaire, Paris, 1896, XXXIII, 324-330).

**Mauclaire (P.).** — Traitement chirurgical de la névralgie faciale (Presse médicale, 9 juin).

**Morel-Lavallée (A.).** — Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale (Bull. méd., Paris, 1896, X, 1251).

**Morestin (H.).** — Pathogénie de la grenouillette sus-hoïdienney (Gazette des hôpitaux, 8 mai).

**Poirier.** — Résection du ganglion de Gasser (Bull. et mém. Soc. de chir., Paris, 1896, XII, 574-583).

**Saint-Hilaire.** — Grosse molaire logée dans le sinus maxillaire (Arch. internat. de laryngol., Paris, 1896, IX, 665-667).

**Thomas.** — Contribution à l'étude des fractures de la voûte palatine (Thèse, Paris, mai 1896).

**Van der Velde.** — La lithiase salivaire (J. médical de Bruxelles, 17 juin).

**Verneuil.** — Fracture du maxillaire inférieur (La clinique belge, 17 juin). G. V.

II. — Bibliographie étrangère[1].

**Allen** (D. P.) Effect of anæsthesia upon temperature and blood-pressure. Tr. Am. Surg. Ass., Phila., 1876, xiv, 367-389. — **Allen** (H. J.) Fetor in the breath. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 257-261. — **Allen** (J. Q.) Congenital teeth. Med. Rec., N. Y., 1897, li, 142. — **Barnard** (W. B.) Adaptive modification of teeth. Dental Rec., Lond., 1896, xvi, 542-556. — **Barrett** (A. W.) Dental surgery for medical practitioners and students of medicine. London, 1897, H. K. Lewis, xii, 152 p. 8°. — **Beers** (A. H.) Two cases of alveolar abscess. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 9. — **Binder** (C.) Ueber 40 Fälle von Zungencarcinom ; ihre Behandlung und Endresultate. Beitr. z. klin, Chir., Tübing., 1896, xvii, 253-340. — **Biro** (S.) Die Prophylaxis Zahnkrankheitein. Oesterr-ungar. Vrtljsch. f. Zahnk., Wien, 1896, xii, 442-449. — **Bleyer** (J. M.) An essay on the organs of taste. Laryngoscope, St. Louis, 1876, i, 329, 1897, ii, 13. — **Bodman** (L. H.) Reflex vomiting from elongated uvula. Toledo M. et S. Reporter, 1897, x, 36-38. — **Boross** (E.) Allkapocs-zàr egy esete (ankylosis vera mandibulæ). Orvosi hetil., Budapest, 1896, xl, 597. — **Boyd** (S.) Temporary resection of the upper jaw for naso-pharyngeal growth. Tr. M. Soc., Lond., 1896, xix, 391-395. — **Broomell** (I. N.) The value of temperamental indications in the correct prosthesis of entire dentures. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 1-20. — **Brown** (E. J.) Conservative treatment of empyema of the maxillary sinus. Northwest Lancet, St. Paul, 1896, xvi, 481. — **Brown** (G. V. I.) Disinfection of the mouth a potent factor in the treatment of la Grippe. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 66-68. — **Burchard** (H. H.) Molding tooth-forms. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 34-42. — Hypersentitivity of dentine and its treatment. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, I-II. — **Clark** (H.) Reflex effects of intranasal disease in the pharynx and mouth. Buffalo M. J., 1896-7, xxxvi, 415-425. — **Condit** (A. S.) Combination plate-ande bridge-work. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 60-66. — **Curtis** (G. L.) Suggestions. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 7-9. — **Custer** (L. E.) The value of statistics in cataphoresis. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 11-14. — **Dentin.** Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 77. — **Diogo de Valladares** (M.) Hypertrophia da amygdala lingual. Rev. portugueza de med. e cirurg. prat., Lisb., 1896-7, i, 138-140. — **Eaton** (F. B.) A tooth in the external auditory canal. Laryngoscope, St. Louis, 1897, ii, 37. — **Edmonds** (N. D.) A new splint for fractured jaws, Dental

1 Cette partie est principalement puisée dans le *Cosmos*.

Pract., Buffalo, 1897, xxviii, 1-4. — — **Edwards** (R.) Pain. Dental Rec., Lond., 1096, xvi, 537-542. — **Farrar** (J. N.) Esthetics in dentistry. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 30-33. — **Fillebrown** (T.) A study of the relation of the frontal sinus to the antrum. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 14-19. — **Flanders** (L. W.) Adenoid vegetations of the vault of the pharynx. J. Med. et Sc., Portland, 1896-7, iii, 53. — **Fletcher** (M. H.) A discussion on anatomy of the antrum of Highmore. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 18. — **Formalin** und Holzin. Zahntech. Reform. Berl., 1896, xvi, 366-370. — **Forwood** (F. F.) Observations in anesthesia with modern anesthetics. Med. et Surg. Reporter, Phila., 1896, lxxv, 740-742. — **Foster** (S. W.) Disease of the oral cavity a potent factor of general disease. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 18. — **Fowler** (G. R.) and R. Ottolengui. Preliminary splintage of the inferior maxilla, for section of that bone, in operations designed to reach the zygomatic fossa and in external pharyngectomy. Items Interest Dent. Indep., Phila., 1897, xix, 1-11. — **Gerhard** (S. P.) Acute parenchymatous. Codex med., Phila., 1896-7, iii, 42. — **Gildea** (P. F.) Syphilis of the pharynx. Tr. Colorado M. Soc., Denver, 1896, 97-100. — **Gillett** (H. W.) Cataphoresis. J. Am. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 21-24. — **Gowers** (W. R.) A case of paralysis of the fifth nerve. Edinb. M. J., 1897, n. s., i, 37-44. — **Hahl** (G.) Ueber Verbände und Prothesen nach Resectionen am Unterkiefer. Berl. klin. Wchnschr., 1896, xxxiii, 1056 ; 1094. — **Haskell** (L. P.) Metal plates. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 5. — **Hayman** (C. A.) Root filling, J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1896, xvii, 781-784. — **Hofbauer** (L.) Tägliche Schwankungen der Eigenschaften des Speichels. Arch. f. d. ges. Physiol., Bonn. 1896-7, lxv, 503-515, 1 diag. — **Horne** (W. J.) and M. Yearsley. Eucaine as a local anaesthectic in the surgery of the throat, nose, and ear. Brit. M. J., Lond., 1897, i, 134-136. — **Jung** (C.) Warum geben Metallklammern weniger Anlass zur Zerstörung der Zähne, als Kautschukklammern ? Oesterr.-ungar. Vrtljschr. f. Zahnk., Wien, 1896, xii, 379-381. — **Kocher** (T.) On the surgical treatment of spasmodic lock-jaw. Med. Week, Par., 1896, iv, 601. — **Lane** (W. A.) Part of the second lecture on the study of anatomy and its application to the practice of medicine und surgery. Dental Rec., Lond., 1896, xvl, 577-583. — **Latham** (V. A.) The technic and pathology of the peridental membrane. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 69-71. — **Logan** (W. C.) Possibilities of electricity in dentistry. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1896, iv, 544-546. — **Maasch** (Henry F.) [1865-1896.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 81. — **Merkel** (J.) Ankylose des rechten Unterkiefergelenks in Folge von gummoser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung. München. med. Wchnschr., 1896, xliii, 1228. — **Mixter** (S. J.) Double dislocation of the jaw of three months' duration ; reduction by a new method. Tr. Am. Surg. Ass., Phila., 1896, xiv, 455. — The operative treatment of triafacial neuralgia. *Ibid* : 457-459. — **Monari** (U.) Ein Fall von Resektion des Gasser'schen Ganglions. Beitr. z. klin. Chir., Tübing., 1896, xvii, 495-504. — **Morgenstern** (M.) Ueber die Innervation des Zahnbeines. Arch. f. Anat. u. Entwickelugsgesch., Leipz., 1896, 378-394, 1 pl. — **Morley** (C. R.) A method of strengthening vulcanite plates. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 19-21. — **Müller** (E.) Die serosen Speicheldrüsen. Arch. f. Anat. u. Entwickelugsgesch., Leipz., 1896, 305-323, 1 pl. — **Mul-**

**ford** (H. J.) The diathetic origin of tissue overgrowth in the pharynx of the child. Med. Rec., N. Y., 1897, li, 114-116. — **Navratil** (I.) Gasser-dúcz kürtàsa. [Extirpation of the ganglion of Gasser.] Orvosi hetil., Budapest, 1896, xl, 614. — **Nusbaum** (J.) und Z. Markowski. Zur vergleichenden Anatomie der Stützorgane in der Zunge der Saugetiere. Anat. Anz., Jena, 1896, xii, 551-561.

(*A suivre.*)

# CORRESPONDANCE

Mon cher monsieur Godon,

Je vous envoie la présente pour, si bon vous semble, la classer au pilori de *l'Odontologie*.

Dans quel siècle vivons-nous ? C'est absolument révoltant ! Il n'y a pas de jour où le népotisme ne fasse le siège de quelque place.

J'ai quitté la carrière que je suivais, par suite de l'écœurement de ce que je voyais se passer autour de moi.

Décidément, plus cela change,... et plus c'est la même chose !

Votre tout dévoué : X...

## LA RUCHE COMMERCIALE

OFFICE SPÉCIAL ET INTERNATIONAL DE REPRÉSENTATION AUX EXPOSITIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

(*Correspondants dans tout l'univers*)

**A. AUDEBERT, directeur, 52, rue Hallé, 52, PARIS**

Paris, le 16 juin 1897.

« Monsieur X..., dentiste,

« J'ai l'honneur de vous informer que deux expositions internationales d'hygiène et d'économie domestique auront lieu cette année, l'une à Versailles (Seine-et-Oise) et l'autre à Paris, au Palais du Commerce, du mois de juillet au mois d'août 1897.

« Ma *qualité de délégué*, *mes connaissances spéciales*, la bonne exécution de votre travail dentaire, la bonne qualité de vos dentifrices, me permettent *de vous garantir* l'obtention d'une médaille d'or, un diplôme d'honneur ou un grand prix.

« Je viens vous offrir mon concours pour la représentation à forfait de votre Maison, à l'une de ces expositions ou aux deux, si vous le désirez, sans que vous ayez à vous déranger ni à vous occuper de rien.

« Vous n'aurez rien à débourser d'avance ; seulement si, après la distribution des récompenses, vous avez obtenu l'une des trois ci-dessus désignées, vous aurez une *minime rétribution* à me payer contre réception du diplôme qui vous aura été décerné après que le Comité vous en aura certifié l'obtention.

« Si votre récompense était inférieure à la médaille d'or, non seu-

lement il ne me serait absolument rien dû, mais encore je tiendrai l'engagement par lettre de vous rembourser tous les frais faits pour l'envoi de vos produits.

« S'il vous est agréable de participer à l'une de ces expositions ou aux deux, veuillez me le faire savoir, afin que je vous adresse aussitôt bulletin d'adhésion, règlement, et aussi que je vous fixe d'avance ma rétribution, afin qu'il n'y ait pas de contestation.

« Dans l'espoir de vous lire, recevez etc.

« Le Directeur : A. AUDEBERT. »

## NÉCROLOGIE

Le Dr Camille Pinet, professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, Mme Alexandre Pinet, décédée à Montreuil-sous-Bois, à l'âge de 70 ans.

Les obsèques ont eu lieu le mercredi 30 juin. Si nombreux étaient ceux qui ont tenu à rendre leurs devoirs à la digne femme qu'elle a toujours été, que l'église de Montreuil n'a pu les contenir tous.

M. Bonnard représentait le Conseil de direction et a déposé une couronne au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous prions le Dr Camille Pinet et son père M. Alexandre Pinet, conseiller général de la Seine, de recevoir nos bien sincères condoléances.

## NOUVELLES

La brochure annuelle de l'Ecole dentaire de Paris (1897-98) vient de paraître ; elle est à la disposition de toute personne qui en fera la demande 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Notre confrère M. Legret, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, a célébré le 26 juin dernier ses noces d'argent. Souhaitons à notre confrère de pouvoir célébrer aussi ses noces d'or.

Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Frey, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé officier d'Académie. Nous lui adressons nos bien vives félicitations.

ERRATUM

Par suite d'une erreur typographique commise page 391, ligne 13,

n° de juin, il a été mentionné dans l'article de M. Mahé une 1re *incisive supérieure gauche*; il faut lire : une *incisive latérale supérieure gauche.*

Page suivante, le cliché s'étant déplacé lors de la mise en pages, les trois dessins de la fig. 52 se sont trouvés à l'envers; mais nos lecteurs auront certainement fait la rectification d'eux-mêmes.

## TRIBUNE OUVERTE.

(QUESTIONS)

? N° 28. — *Où trouve-t-on des formules de bonnes pâtes dentifrices? — Et. à défaut, prière d'en donner quelques-unes.* H. V.

(RÉPONSES)

*Question n° 24.* — L'antisepsie des instruments peut être faite sous les yeux du client avec une solution antiseptique présentant un contrôle officiel. Cet antiseptique existe, et je m'en sers depuis très longtemps : c'est le *laurénol*; il n'est nullement toxique, à 1 pour 1000 il arrête la putréfaction, sa puissance antiseptique est de 3 pour 100.

C'est un produit sans mercure, sans odeur. On pourrait obtenir de la Société qui l'exploite, 8, rue Hérold, un petit tableau portant la photographie du certificat municipal et qui serait placé bien en vue du client.

C. H.

MM. Reymond frères nous adressent les trois réponses suivantes, que nous publions avec plaisir, d'autant plus qu'elles nous donnent l'occasion de signaler à nos lecteurs le *petit agenda* de cette maison qui renferme un certain nombre de renseignements utiles.

N. D. L. R.

*Question n° 20.* — Notre « Mémorial », que vous recevrez par poste, contient ces renseignements page 3. En Angleterre, le prix de l'or est sensiblement le même qu'en France.

*Question n° 24* — Nos stérilisateurs 1 et 3 du prospectus envoyé conviennent non seulement pour la mise en scène, mais aussi pour une désinfection effective en présence du client.

Si nous avions l'adresse de votre correspondant, nous lui ferions parvenir ces mêmes illustrations.

*Question n° 26.* — Nous avons en magasin les daviers sectionneurs du Dr Vajna, nous pourrions les fournir sans aucun retard.

## DERNIÈRE HEURE

Le 9 juillet, a eu lieu, chez M. Lecaudey, la réunion des délégués des Sociétés dentaires de Paris pour la nomination du conseil local du Congrès dentaire de 1897, qui aura lieu au mois d'octobre.

---

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris se réunira le mardi 20 juillet, à l'Ecole, à 8 h. 1/2 du soir.

17e ANNÉE. N° 8. 31 JUILLET 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

*L'Odontologie*, bi-mensuelle, paraît avec un minimum de 40 pages de texte.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

# DE L'INSUFFISANCE NASALE
## ET DE SES CONSÉQUENCES
## EN ODONTOLOGIE

Par M. le Dr HENRI MENDEL.

*Conférence à la Société d'Odontologie. Séance du 6 juillet 1897.*

Si j'ai demandé à M. le président de vouloir bien me donner la parole ce soir, et si je vous prie de m'accorder pendant quelques minutes votre bienveillante attention, ce n'est pas que j'aie à vous parler d'odontologie pure, où ma compétence serait nulle; j'ai seulement le désir de vous entretenir d'une affection qui peut retentir sur la santé des dents, et de provoquer vos observations et vos réflexions à ce sujet. Cette affection est l'insuffisance nasale, mot nouveau, chose nouvelle, dont l'importance considérable n'est pas encore suffisamment appréciée.

On a médit de la spécialité en médecine — dans un esprit qui n'est pas toujours désintéressé ; on ne peut néanmoins contester que c'est bien souvent grâce à la spécialité, que la science s'étend et que les progrès s'établissent. L'histoire de l'insuffisance nasale, dont je désire vous entretenir ce soir, en est une preuve.

Si l'on consulte un livre de physiologie, parmi les classiques de ces dernières années, on apprend que le nez est l'organe de l'olfaction, qu'il sert à prononcer les sons nasaux et à orner la physionomie. Le nez sert encore à respirer, et, dequis quelques travaux récents, on sait que l'air, en passant par le nez, se réchauffe, se filtre et s'humidifie ; grâce à cette dernière circonstance, l'air inspiré arrive au poumon dans des conditions favorables à la santé de cet organe. Ces données physiologiques avaient pu suffire lorsqu'on ne s'occupait aucunement du nez ; mais dès qu'il fut étudié par les spécialistes et que la rhinologie fut créée — il n'y a pas plus d'une vingtaine d'années, — ces propositions parurent d'une insuffisance misérable, car les rhinologistes remarquèrent assez rapidement que les maladies du nez n'étaient pas seulement les maladies locales qu'elles semblaient être : certains asthmati-

ques porteurs de polypes du nez peuvent guérir de leur asthme grâce à l'ablation de leurs polypes; les enfants atteints de végétations adénoïdes du pharynx nasal sont chétifs, ne se développent pas; les débarrasse-t-on de ces tumeurs, leur développement devient normal De même, une série de malaise et d'affections diverses furent guéris ou améliorés grâce au traitement nasal.

Les maladies du nez avaient donc dans tous ces cas un retentissement notable sur la santé générale! Le nez devenait donc un organe important, dont l'état de santé ou de maladie pouvait influer sur tout l'organisme! Le fait était évident, attesté par des centaines d'observations. L'interprétation en fut recherchée avec ardeur. En 1882, un médecin allemand nommé Hack fournit une explication singulière, mais qu'on accepta cependant, probablement faute d'une autre meilleure. Pour Hack, un réflexe émanant du nez malade était l'auteur de tous les troubles indiqués. A toutes les affections les plus disparates constatées au cours d'une maladie nasale, Hack opposait la même explication mystérieuse : un réflexe, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus vague, de plus difficile à saisir et aussi de plus facile à affirmer.

Au moyen de recherches physiologiques et physiques, je suis arrivé à formuler une interprétation de ces troubles, qui me semble plus satisfaisante ; c'est la suivante.

Le nez est l'organe naturel de la respiration, surtout parce qu'il est disposé de façon à laisser passer en un temps donné et par un effort donné une plus grande quantité d'air que la bouche. Autrement dit, l'orifice buccal valant 1, l'orifice nasal vaut 1,25. Si vous voulez bien parcourir mon travail sur la respiration nasale, travail que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, vous vous rendrez compte des moyens divers qui m'ont permis d'arriver à ces conclusions, moyens sur lesquels je ne puis m'étendre maintenant.

Cette proposition indique quelle est l'importance physiologique du nez : elle donne aussi, me semble-t-il, la clef de ces symptômes si divers amenés par la plupart des maladies nasales. En effet, presque toutes ces maladies comportent une diminution de la perméabilité du nez (tuméfaction de la muqueuse, catarrhe, tumeurs, etc.), et, par suite, une diminution dans la quantité de l'air inspiré. Or, plus un sujet inspire d'air, plus il absorbe d'oxygène, et inversement ; l'obstruction nasale totale ou partielle aboutit donc à une diminution de l'hématose, cause générale expliquant les troubles généraux observés.

Permettez-moi de vous tracer rapidement le tableau de l'insuffisance nasale, avant d'entrer dans le détail des conséquences odontologiques de cette affection. On reconnaît à l'insuffisance du nez deux aspects : elle peut être aiguë ou chronique. L'insuffisance aiguë, que tout le monde connaît par expérience, puisque le simple coryza la constitue, est de trop courte durée pour amener des troubles sérieux ; l'insuffisance nasale chronique nous intéresse donc spécialement. Les causes en sont multiples: presque toutes les maladies du nez et du pharynx nasal y aboutissent ; c'est dire que

cette affection peut s'observer chez tous les sujets, de tout âge et de tout sexe.

Deux considérations signalent encore l'insuffisance nasale à l'attention des cliniciens : d'abord cette affection est presque exclusivement humaine; en effet, les animaux ont toujours un nez parfait, car leurs fosses nasales, occupant le vaste espace situé entre leur museau allongé et leur petit cerveau, sont bien proportionnées et suffisamment amples; chez l'homme, dont le cerveau grandit et dont la face s'aplatit, l'espace compris entre ces deux régions — espace dévolu au nez et au rhino-pharynx — diminue considérablement d'ampleur, et les organes qui y sont contenus ne se développent pas à leur aise : cette condition explique pourquoi les cornets et la cloison chez l'homme sont si souvent déformés et hypertrophiés, empiétant ainsi sur la lumière du conduit nasal.

D'autre part, et en raison de ce qui précède, on comprend que l'insuffisance nasale chronique soit une maladie excessivement répandue chez l'homme. Et plus la race humaine est élevée au point de vue intellectuel, en d'autres termes plus l'angle facial augmente, et plus l'espace réservé au nez est étroit, plus les malformations de la cloison sont fréquentes, plus la rhinite hypertrophique s'observe, sans mettre encore en ligne de compte les néoplasmes divers du rhino-pharynx, dont les plus fréquents sont les polypes chez les adultes et les végétations adénoïdes chez les enfants.

L'insuffisance nasale est donc une maladie excessivement fréquente ; mais, en dehors des faits dûment observés par les rhinologistes, il en est encore bien d'autres qui passent inaperçus, soit des malades, soit des rhinologistes eux-mêmes.

En effet, l'insuffisance nasale peut être compensée par le patient d'une façon toute machinale : si son orifice respiratoire est rétréci, il peut, en augmentant le nombre de ses inspirations et en dépensant une plus grande force thoracique, inspirer la ration d'air nécessaire ; ces efforts aboutissent à des troubles variés, même si la compensation est parfaite, ce qui n'a pas toujours lieu : alors les poumons et le cœur, surmenés quotidiennement pendant des années, réagissent par de l'emphysème, par de l'asthme, etc.

Bien souvent aussi un malade peut présenter à l'observation des fosses nasales suffisamment spacieuses, et cependant ce malade peut être atteint d'insuffisance nasale : ce fait tient à la différence souvent énorme qui existe entre la respiration diurne et la respiration nocturne. Pendant le sommeil, en effet, grâce à la position couchée, la circulation céphalique est ralentie, le nombre des mouvements respiratoires diminue, une partie du thorax est immobilisée par le lit, la volonté est absente. Ces raisons font que la pituitaire peut se gorger de sang dans certains cas et restreindre la lumière du conduit nasal ; dans ces cas, la compensation thoracique ne s'accomplit presque pas, en raison de ce que nous avons dit

Vous voyez combien la question est complexe, d'autant plus des conditions de la respiration nocturne.

que le diagnostic rhinologique actuel s'effectue par simple inspec-

tion, c'est-à-dire par à peu près. J'ai imaginé un appareil — le rhinomètre — dont vous trouverez la description dans mon livre — grâce auquel on peut déterminer avec précision le degré de la respiration nasale.

Les considérations qui précèdent et sur lesquelles j'ai dû m'étendre pour vous exposer complètement la question ne semblent pas intéresser les dentistes plus particulièrement que les autres médecins. En effet, si insuffisance nasale signifie diminution de l'hématose, vous pourrez observer des troubles de nutrition dans les dents : c'est là un fait intéressant, sans doute, mais j'ai à vous présenter des considérations qui vous touchent plus directement, et j'arrive maintenant au cœur de mon sujet.

Lorsqu'un homme a le nez obstrué, comme la fonction respiratoire doit s'effectuer constamment, il ouvre la bouche et aspire l'air par cette voie anormale. Cette attitude de bouche entr'ouverte, d'abord prise par besoin et involontairement, devient par habitude une attitude constante, et la bouche joint désormais à ses fonctions d'organe digestif et articulateur les fonctions d'organe respiratoire.

Or, la bouche n'est pas constituée en vue de ces nouvelles fonctions. Je vous ai exposé que l'air en passant par le nez se réchauffe, se filtre et s'humidifie ; si le nez manque sa fonction, c'est dans la bouche que l'air subira ces modifications nécessaires. En conséquence, la bouche subira en moyenne 18 fois par minute, ou 25.000 fois environ par vingt-quatre heures, l'irruption d'un air qui lui enlèvera de l'humidité et de la chaleur, et qui lui apportera toutes les impuretés de l'air.

Mais les dents sont placées tout à fait à l'avant-garde de la cavité buccale, ce sont elles qui subiront le premier choc nocif de cet air inspiré.

Normalement, en dehors de la mastication et de la parole, les dents sont recouvertes par les lèvres, ce revêtement normal les protège ; à l'abri de l'air extérieur, la salive peut circuler sur les dents et, dans leur intervalle, délayer ou déloger les débris de toutes sortes qui pourraient attaquer l'émail. La bouche étant ouverte, au contraire, l'air froid peut influencer douloureusement la pulpe ; l'air sec produit l'évaporation de la salive ; l'air impur applique sur les dents des particules extrêmement variées, dont quelques-unes comme le sucre ou la farine peuvent donner lieu à ces caries si fréquentes observées chez les boulangers, les pâtissiers, les confiseurs, etc.

Et, comme je l'ai dit, on peut constater une respiration normale, c'est-à-dire la bouche fermée pendant le jour, alors que pendant la nuit la bouche est ouverte et que les dents sont exposées. Je n'en veux pour preuve que cette sensation de sécheresse de la gorge, et de soif, qu'éprouvent tant de sujets le matin au réveil.

J'ajouterai que dans ces conditions les dents supérieures sont bien plus exposées, car la lèvre supérieure est comme retroussée et plus courte chez ces malades ; de plus, la salive retombe par son poids sur les lèvres inférieures et leur assure une légère protection.

Mais l'insuffisance nasale apporte encore un autre trouble den-

taire, lorsqu'elle s'établit à l'époque de la croissance. Alors l'entr'ouverture constante de la bouche et l'inutilisation du nez amènent un trouble général dans le développement de la face, trouble qui aboutit à un arrêt dans la croissance du maxillaire supérieur. La cause de cet arrêt de développement tient peut-être à l'inutilisation du conduit nasal, peut-être aussi à ce que, la bouche restant constamment ouverte, les muscles masséters exercent une pression latérale constante sur la face. Toujours est-il que Ziem (de Dantzig) a pu reproduire chez de jeunes lapins ces troubles dans le développement du squelette de la face, en obturant leurs narines.

Cette intéressante question de l'atrophie du maxillaire supérieur, causée par l'obstruction nasale chronique, a été étudiée par un dentiste, David, et exposée par lui au Congrès pour l'avancement des sciences en 1883 Sa communication est intitulée : « *De l'atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoïdes du pharynx nasal* ». La question doit être élargie, et ce titre devrait être le suivant : « *De l'atrésie du maxillaire supérieur produite par l'insuffisance nasale chronique survenant chez les enfants* ».

A part cette critique, les conclusions de David me paraissent exactes. Cet auteur a remarqué avec raison que les jeunes adénoïdiens ont une physionomie spéciale caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues. Anatomiquement, cette modification consiste essentiellement en une déformation du maxillaire supérieur : cet os est aplati transversalement dans sa portion buccale. La parabole alvéolo-dentaire ne conserve plus ni sa forme ni ses dimensions. Les parties latérales sont rentrées de façon à diminuer de moitié son diamètre transversal ; par contre, la profondeur de la voûte est exagérée. Ainsi constituée, étroite et profonde, la voûte ne peut plus recevoir en certains cas, dit David, même la pulpe du petit doigt.

Les dents, au contraire, conservant tout leur volume, ne trouvent plus une place suffisante ; elles ne peuvent que se ranger irrégulièrement en dedans ou en dehors de l'arcade. Mais le plus souvent elles se projettent en masse en avant, déterminant ainsi une saillie considérable de toute la rangée antérieure. Les incisives et canines ne se trouvant plus en rapport avec leurs congénères inférieures, s'allongent, sortent de la bouche et arrivent à couvrir la lèvre inférieure. Ajoutons encore que le maxillaire inférieur est solidaire jusqu'à un certain point du développement du maxillaire supérieur, qu'il subit aussi un arrêt de développement, et que l'ataxie dentaire inférieure peut s'observer au même titre que l'ataxie dentaire supérieure.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la thérapeutique de tous ces troubles comporte, outre un traitement dentaire, la restitution en un temps opportun, et par des moyens appropriés, de la perméabilité nasale normale.

Telles sont les considérations que j'avais à vous présenter sur les conséquences odontologiques de l'insuffisance nasale. Vous voyez que la santé des dents est fortement intéressée dans cette affection.

J'espère que par vos observations vous pourrez transformer en propositions fermes les données que je viens de vous exposer, et qui ont besoin — sauf pour le travail de David — d'être confirmées par la clinique et d'être reprises par une voix plus autorisée que la mienne.

---

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Galippe, qui a bien voulu mettre à notre disposition les clichés nécessaires, de pouvoir publier in extenso l'article intéressant qui suit.

N. D. L. R.

# NOTE SUR LES TROUBLES DE DÉVELOPPEMENT ET SUR LES ANOMALIES DE STRUCTURE OBSERVÉS

## 1° DANS LES DENTS SURNUMÉRAIRES

## 2° DANS LES DENTS COMPRIMÉES PAR PRESSION RÉCIPROQUE DANS LES CAS D'ATRÉSIE DES MAXILLAIRES.

Par M. le Dr V. Galippe.

La question des anomalies et de leur hérédité est une des plus importantes de la pathologie générale. Pour ce qui regarde ici en particulier les anomalies des maxillaires et des dents, nous avons été très frappé de la constance, de la quasi-fatalité de leur répétition.

Non seulement ces anomalies se reproduisent presque constamment, mais encore, ainsi que nous avons eu fréquemment l'occasion de l'observer, elles sont transmises avec aggravation. Si l'un des ascendants directs a, par exemple, une incisive latérale supérieure frappée de *nanisme*, il y a bien des chances pour que l'enfant ait les deux incisives latérales frappées de nanisme, ou bien pour qu'il lui en manque une.

Le plus souvent c'est à la troisième génération que s'observe cette aggravation et que l'on peut remarquer l'absence complète des deux incisives latérales supérieures.

Il en est de même pour les arrêts de développement où les troubles d'évolution frappent le maxillaire supérieur, la voûte palatine, ainsi que le maxillaire inférieur. Les troubles se reproduisent avec un caractère d'aggravation presque constant. J'ai cité l'exemple d'une mère de famille qui présentait un léger arrêt de développement du maxillaire inférieur. Elle eut, à des intervalles rapprochés, six enfants, et chez chacun de ceux-ci l'anomalie maternelle s'est reproduite, en s'aggravant à chaque maternité. Le fait sautait, en quelque sorte, aux yeux, tellement il était évident !

J'ai eu l'occasion d'observer tout récemment un cas intéressant, démontrant que toute cause amenant un trouble dans le développement d'un enfant peut retentir sur l'évolution des tares héréditaires. Un de mes amis, médecin fort distingué, présente des anomalies dentaires ; sa femme n'en a point. Il eut deux jumelles nées à une heure d'intervalle. De ces deux jumelles, l'une était plus vigoureuse que l'autre, c'est-à-dire pesait davantage et était plus grande. On peut supposer que, pendant la vie intra-utérine, l'enfant le plus gros a apporté un obstacle mécanique au développement du plus faible ou que celui-ci a été moins servi par la circulation sanguine. Cette inégalité dans le déve-

loppement s'est poursuivie et accentuée ultérieurement, et il y a encore aujourd'hui une différence considérable entre le poids et la taille de chacun de ces deux enfants.

Tous deux présentent des anomalies dentaires identiques, aussi bien au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur, — celles du père, multipliées par un coefficient *x*. Mais, chose remarquable, ces anomalies sont beaucoup plus accentuées chez l'enfant le moins développé, que chez celui qui a été le plus favorisé !

Cette question de l'hérédité des anomalies dentaires et de leur traitement est appelée à prendre une place considérable, aussi bien dans les préoccupations des pathologistes que dans l'enseignement spécial, si celui-ci est jamais sérieusement organisé. En effet, s'il est permis d'espérer qu'il viendra un jour où, grâce à l'infiltration lente, mais certaine, des idées d'hygiène et de sauvegarde personnelle, les maladies buccales et dentaires évitables diminueront de nombre et de gravité, à tous les degrés de l'échelle sociale, on peut également prévoir qu'une progression inverse s'observera, pour ce qui regarde les anomalies congénitales et héréditaires, frappant à la fois les maxillaires et les dents. En effet, il n'est pas possible de ne pas être frappé du nombre chaque jour plus considérable des stigmates physiques de dégénérescence observés dans toutes les classes de la société. La famille névropathique tend de plus en plus à se généraliser, et l'un des signes les plus fréquents de cette dégénérescence nous est fourni par les anomalies des maxillaires et des dents.

Ce n'est point ici le lieu d'étudier les causes de cette dégénérescence. Elles sont multiples, et frappent à la fois en haut et en bas (syphilis, alcoolisme, stabulation dans les lycées, les collèges, les couvents; développement exagéré des fonctions cérébrales, aux dépens du développement physique ; éducation antiphysiologique, etc., etc.).

Notre ami M. le docteur Féré s'est adonné à l'étude de cette question, qui reste le sujet favori de ses recherches. Il a établi d'une façon générale la nature tératologique des malformations des dégénérés, et les rapports des malformations avec la prédisposition morbide [1] ; et, dans le domaine qui nous intéresse en particulier, il a signalé, dans le cas où l'apophyse lémurienne du maxillaire inférieur est bien marquée, la coïncidence du développement du corps de l'os, de l'implantation vicieuse et de la caducité des dents [2]. A défaut d'un travail d'ensemble, nous apportons une nouvelle contribution, capable de jeter quelque lumière sur ce problème intéressant, sur lequel nous nous proposons, du reste, de revenir.

OBSERVATION I. — *Dent supplémentaire poussée entre les deux incisives centrales supérieures.* (M. de S.)

Ce qui frappe tout d'abord, à l'examen microscopique de cette dent, c'est l'existence d'un processus inflammatoire provoqué vraisemblablement par la pression exercée par les dents voisines. C'est ainsi que l'on observe qu'il s'est fait dans le cément des destructions profondes, s'étendant fort avant dans la dentine, et comblées par du cément de nouvelle formation. Ce qui distingue ce cément de nouvelle formation, c'est qu'il renferme des cavités ostéoplastiques, tandis que le cément normal, dans ces mêmes régions, n'en présente pas. La néoformation est donc, en ces points, différente du tissu normal.

1. CH. FÉRÉ. *La famille névropathique, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence*, 1894.

2. CH. FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 386. — *L'hérédité tératologique* (*Journal des Connaissances médicales pratiques*, 1896).

Dans le voisinage du sommet de la racine, il existe des cavités non comblées ; elles doivent être de date relativement récente.

La dentine, dans les régions avoisinant la pulpe, est moins régulière que dans les autres portions. Les canalicules sont flexueux et ils paraissent être un peu plus larges. Les cellules odontoblastiques présentent également des altérations dans certaines parties de la cavité pulpaire, et il semble que, dans les points où elles sont le moins normales, la dentine est également plus déviée de son type régulier.

La pulpe, principalement au voisinage de la racine, paraît plus riche en fibrilles conjonctives, comme s'il s'était fait un commencement de sclérose. Les altérations pulpaires sont probablement la cause des modifications que nous venons de signaler dans la structure de la dentine.

Comme ces dernières n'occupent pas toute l'épaisseur de la dentine, mais seulement les parties voisines de la pulpe, il faut en conclure que ces altérations pulpaires n'ont pas toujours existé et sont également de formation récente.

Observation II. — *Dent supplémentaire poussée en arrière des incisives centrales supérieures.* — Dans la dent qui fait l'objet de cet examen, les altérations du sommet de la racine sont moins accusées que dans les observations précédentes et dans celles qui suivront. Cette particularité s'explique vraisemblablement par ce fait que la dent a été extraite six mois après son éruption.

Dans certains points, le cément avait augmenté d'épaisseur et il s'était fait quelques encoches comblées par du cément de nouvelle formation. L'extrémité de la racine ne paraît pas avoir été profondément remaniée.

La pulpe, et c'est là un fait extrêmement intéressant, a subi une transformation fibreuse accusée, surtout à l'extrémité du canal radiculaire. Cette transformation s'observe surtout par places dans le reste de la cavité pulpaire.

C'est également au niveau de la racine et au niveau des modifications pulpaires que nous venons de signaler, que l'on observe dans la dentine de grandes irrégularités. Les canalicules ont un diamètre plus considérable qu'à l'état normal et ils sont disposés en tourbillons. On constate également l'existence, entre ces groupements canaliculaires, d'espaces considérables constitués par de la dentine granuleuse et moins facilement colorable par le picro-carmin. Dans ces points, les cellules odontoblastiques sont aplaties.

Observation III. — *Dent supplémentaire poussée en arrière des incisives centrales supérieures, extraite longtemps après son éruption.*

L'extrémité de la racine, sur une assez grande hauteur, s'est presque complètement résorbée, et la surface qu'elle présente est recouverte par du cément de nouvelle formation, disposé en couche peu épaisse.

Sur les faces latérales de la racine on observe peu de modifications ; cependant on trouve des destructions étroites, assez profondes, pénétrant jusqu'à la dentine et comblées par du cément osseux de nouvelle formation. Les altérations s'observent même dans des régions assez voisines du collet et où il n'existe normalement que du cément fibreux. Il s'est donc produit en ces points des destructions très limitées comme étendue, mais assez profondes et qui se sont spontanément réparées.

Du côté de la cavité pulpaire, la dentine est peut-être moins régulière qu'à l'état normal, les canalicules sont flexueux, mais la surface de la cavité est très régulière, et il ne semble donc pas s'être produit de travail pathologique considérable de ce côté, c'est-à-dire de destruction ou de néoformation secondaire.

Le mode de conservation de la dent n'a pas permis d'étudier la pulpe.

Observation IV. — *Dent supplémentaire poussée en arrière des incisives centrales supérieures* (Et. M.), *extraite un an environ après son éruption.*

Les altérations extérieures sont peu marquées, et le cément est en partie fibreux. Il n'y a que quelques points, au voisinage de l'extrémité de la racine, où, à un moment donné, il s'est produit des destructions du cément et même de la dentine. Ces destructions ont été comblées par du cément osseux de nouvelle formation.

Au voisinage de la cavité pulpaire et dans les régions très voisines de celle-ci, la dentine présente des irrégularités dans la direction des canalicules, comme si la formation de la dentine s'était faite d'une façon irrégulière et peu de temps avant l'extraction de la dent. Les cellules odontoblastiques n'ont pas d'ailleurs la parfaite régularité que l'on trouve dans les dents développées normalement. Au milieu de cellules normales on en voit de plus petites et de plus irrégulières, dont le noyau est placé à des hauteurs différentes et dont on ne reconnaîtrait certainement pas la nature, si l'on ne voyait leurs prolongements s'enfoncer dans la dentine.

Dans un point, on trouve une très petite encoche paraissant due non à une destruction de la dentine, mais à une absence de formation dentinaire en ce point. Dans une autre région située également au voisinage de la cavité pulpaire, on trouve une petite portion de la dentine, se distinguant des voisines par une plus grande irrégularité des canalicules dentinaires et une plus grande abondance de la substance dentinaire. On peut supposer que ceci résulte d'une absence de formation dentinaire, comme dans le point que nous avons signalé plus haut, et qu'il s'est ensuite produit une dentine moins parfaite, pour combler ce vide. Cela est d'autant plus vraisemblable que dans la cavité susdécrite il existait une masse dentinaire sans canalicules, comme si la réparation était en voie d'exécution.

Observation V. — *Dent supplémentaire implantée dans la voûte palatine en arrière des incisives centrales supérieures.*

Ce qui frappe tout d'abord, c'est que, sous l'influence d'un processus d'ostéite raréfiante, le sommet de la dent semble avoir été coupé perpendiculairement au grand axe de celui-ci. Il y a eu destruction du cément et de la dentine, et les encoches produites, aussi bien dans le cément que dans la dentine, ont été comblées par du cément de nouvelle formation. Certaines de ces encoches ne sont pas comblées et renferment des cellules ostéophages. Il s'est produit au sommet de la dent une véritable inflammation et le processus destructif observé est analogue à celui que nous avons décrit dans la résorption de la racine des dents de lait, sans que l'on puisse pour celles-ci, ainsi que dans le cas présent, invoquer la compression, comme cause d'inflammation.

La pulpe a également subi des modifications se traduisant par une augmentation des fibrilles conjonctives. Il part de cette région des faisceaux fibreux qui se poursuivent suivant le grand axe de la pulpe et vont ainsi jusqu'au sommet. Il en résulte que la pulpe offre un aspect plus fibreux qu'à l'état normal, surtout au voisinage des vaisseaux.

La pulpe renferme, en outre, des noyaux de dentine secondaire.

A l'extrémité de la racine et principalement du côté de la cavité pulpaire, la dentine présente de grandes irrégularités. Les canalicules sont très flexueux et très irréguliers, constituant des sortes de groupes entre lesquels on trouve une plus grande épaisseur de substance dentinaire, d'un aspect plus granuleux et se colorant plutôt en jaune qu'en rose sous l'influence du picro-carmin.

Les cellules odontoblastiques ont en majeure partie perdu leur aspect normal.

Observation VI. — *Dent supplémentaire poussée dans la voûte palatine* (septembre 1894).

Le cément osseux est très peu développé. En un point de la racine, on observe un processus destructif allant jusqu'à la dentine et la pénétrant. On constate l'existence dans la dentine de nombreuses et volumineuses lacunes, au niveau de la couronne. Il y a, de plus, des espaces clairs, au niveau desquels la dentine est plus granuleuse et les canalicules sont plus rares.

Au voisinage de la cavité pulpaire, on observe des irrégularités des canalicules dentinaires.

Il existe dans la couronne des cavités dont le grand axe est parallèle à la direction des canalicules dentinaires. De ces cavités on voit partir des canalicules dentinaires comme on en voit partir de la cavité pulpaire elle-même, ce qui donne à ces cavités secondaires l'aspect de prolongements de la cavité pulpaire principale.

Le contenu de ces cavités est granuleux ; on n'y distingue aucune organisation spéciale. Parmi ces cavités il en est qui se trouvent situées très près de la surface libre de la couronne dentaire, ce qui indique que cette malformation a commencé à une époque où la constitution de la dent était très peu avancée.

Si l'on ne voit pas de communication directe entre la cavité pulpaire et ces cavités, cela peut être attribué à l'obliquité des coupes, bien réelle dans ce cas, ou bien encore à ce qu'on n'a pas examiné un nombre de coupes suffisant ; on peut encore supposer que la production des malformations a cessé à une époque ultérieure, et que la dentine nouvelle a fermé toute communication.

La couche des cellules odontoblastiques est assez régulière sur les côtés du canal pupaire ; mais, au niveau de la couronne, elles sont plus petites et disposées sur plusieurs couches.

Au milieu de la pulpe on trouve quelques petits nodules de dentine secondaire.

Observation VII. — *Dent supplémentaire poussée dans la voûte palatine, derrière l'inc. cent. sup. gauche* (juillet 1894).

Le cément reste ligamenteux jusqu'à l'extrémité de la racine, où il s'épaissit légèrement et devient osseux. La dentine ne présente que de rares lacunes, et, le long du canal radiculaire, on remarque quelques irrégularités dans la direction des canalicules.

La pulpe, dans son extrémité supérieure, paraît un peu plus fibreuse. Dans un point on remarque une accumulation de cellules rondes formant comme un noyau inflammatoire ; les odontoblastes constituent une couche plus épaisse ; ils sont plus minces, plus allongés, et les noyaux se présentent sur plusieurs couches. Dans le reste du canal et de la cavité pulpaire, la pulpe et la couche des odontoblastes paraissent à peu près normales.

—

Il était intéressant de rechercher si l'on ne rencontrerait point de modifications dans la structure anatomique des dents regardées jusqu'ici comme normales et ayant subi, soit avant, soit pendant, soit après leur éruption, des troubles plus ou moins marqués, attribuables à des causes diverses et en particulier à des compressions réciproques, déterminées par l'atrésie des maxillaires. C'est, ainsi que je l'avais déjà reconnu, que

de telles dents constituent des points de faible résistance, et que fréquemment elles deviennent le siège de caries graves ou sont les premières et les plus gravement atteintes par la pyorrhée alvéolaire. Les observations suivantes portent sur une série de dents réputées saines et qui ont été extraites dans le but de faciliter la correction d'anomalies dentaires.

Observation VIII. — *Dent. Clar.* (1re. *p. m. s. g.*).

Les anomalies dentaires existant dans la bouche de ce jeune homme, âgé de dix-neuf ans, ne présentaient rien de bien remarquable. La voûte palatine était ogivale, les dents étaient volumineuses et solidement implantées. Lorsque les canines avaient fait leur éruption, elles avaient trouvé leur place normale occupée en partie par les premières petites molaires supérieures droite et gauche, et avaient évolué en dehors de l'arcade dentaire. Elles soulevaient ainsi la lèvre supérieure d'une façon disgracieuse. Les incisives centrales et latérales supérieures, au lieu d'être disposées suivant une courbe normale, étaient sur un plan postérieur à celui des canines et formaient un angle aigu avec l'axe antéro-postérieur passant entre les incisives centrales et la voûte palatine.

Le traitement, sur lequel je n'ai pas à insister ici, fut des plus simples et couronné d'un plein succès.

*Examen microscopique.* — Le *cément* ligamenteux est peu épais et occupe une grande étendue de la racine ; on ne rencontre du cément osseux qu'à l'extrémité de la racine.

La *dentine*, dans la portion la plus extérieure, principalement dans la couronne, laisse voir des lacunes nombreuses et volumineuses, comme s'il s'était fait une formation dentinaire incomplète.

Principalement au niveau de la racine, il y a des régions où la substance dentinaire est moins colorable par le picro-carmin, plus abondante et plus granuleuse peut-être, avec des canalicules plus rares et irréguliers comme direction. Cette particularité indiquerait encore une altération dans la formation de la dentine. Les altérations se présentent tantôt isolées, tantôt composées de ramifications anastomosées ou formant des masses d'une certaine étendue. Dans ces cas les canalicules sont disposés en tourbillons.

Dans la *pulpe*, au voisinage des parois, on trouve des nodules de dentine secondaire. Il en est qui sont enchâssés dans une dépression des parois du canal pulpaire (fig.10). A ce niveau, les canalicules de la dentine sont comme refoulés. On en observe d'autres qui sont libres dans le canal (fig.11). Il semble donc que ces nodules se soient formés dans la pulpe primitivement et que la dentine, en continuant à se développer, ait fini par les enchâsser.

Enfin, en plein tissu dentinaire, on trouve de ces mêmes nodules complètement entourés de dentine. On peut donc supposer encore que ces nodules se sont formés dans la pulpe primitivement, et que la dentine, les enveloppant ensuite, les a complètement entourés.

Il résulterait donc de ce qui précède que les formations nodulaires pulpaires ont commencé à se produire dans la pulpe à une époque où la dent était en voie de formation.

On voit, partant de la pulpe et s'enfonçant dans la dentine perpendiculairement à l'axe de la dent, des cavités en forme de doigt de gant (fig.12) et pénétrant plus ou moins loin dans la dentine. Ces cavités n'ont aucun des caractères des cavités par destruction et qui se seraient formées consécutivement à la formation de la dent.

Les cavités les moins avancées semblent bien résulter de ce qu'à ce niveau la dentine ne s'est pas formée. On voit en effet le fond de cette

cavité s'arrêter juste au niveau d'une couche de néoformation dentinaire secondaire. Il est à présumer que ce qui s'est produit pour cette forma-



Fig. 10. — Nodule de dentine secondaire, très engagé dans la dentine. (Les cellules odontoblastiques de la pulpe n'existaient plus dans la préparation.)

tion dentinaire secondaire s'est également produit pour la dentine primitive, d'autant plus que ces cavités superficielles ou profondes sont

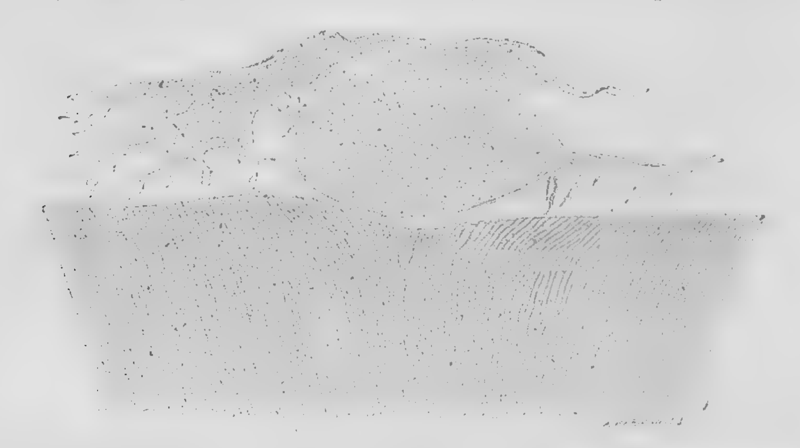


Fig. 11.— Nodule intra-canaliculaire, libre dans le canal. La dentine ne présente qu'une légère dépression à son niveau.
La couche des cellules odontoblastes a disparu, et la cavité est remplie, en partie, par une substance coagulée.

remplies par un tissu semblable à celui qui comble la cavité pulpaire, d'où il faut conclure encore que cette absence de néoformation dentinaire aurait commencé à se manifester pendant la formation de la dent.

En résumé, pendant la période constitutive de la dent il se serait produit : 1° des lacunes de formation dentinaire ; 2° des formations denti-

naires anormales par leur structure, peut-être par leur composition chimique ; 3° des formations dentinaires anormales par leur siège (nodules pulpaires) comme aussi par leur structure.

*Pulpe.* — Dans la cavité pulpaire on observe des fragments n'ayant pas de cellules odontoblastiques normales. Les couches de cellules odontoblastiques sont remplies par des cellules plus petites, formant une couche plus épaisse au niveau de la couronne, et plus mince au niveau de la racine, semblant même disparaître plus bas. Dans les points où cette couche est séparée de la dentine, on voit des filaments denti-

(Cavité pulpaire.)



Fig. 12. — Lacune intra-dentinaire communiquant avec la cavité pulpaire, dont il persiste des débris. De chaque côté de cette cavité on observe que la dentine est irrégulière.

naires partant de cette couche et pénétrant dans les canalicules dentinaires. Ces cellules sont donc bien des cellules odontoblastiques, mais très altérées dans leur forme, et l'on peut supposer que ces altérations de forme existaient depuis longtemps et correspondaient aux altérations constatées dans la substance dentinaire.

Le reste de la pulpe semble plus fibreux qu'à l'état normal.

Observation IX. — *Dent. Clar.* (1re *p. m. s. dr.*).

Le cément est resté ligamenteux, et, comme dans la dent que nous venons d'étudier, il est plus mince et plus étendu qu'à l'état normal. Il ne prend le caractère osseux qu'à l'extrémité de la racine.

On remarque les mêmes lacunes dans la dentine et, dans une préparation, on constate qu'il s'est produit une lacune considérable comprenant la dentine et le cément (fig. 13). Cette lésion a dû survenir au moment où cette portion de la racine commençait à se former.

Dans un des nodules contenus dans la pulpe, au niveau du canal radiculaire, on observe des espaces clairs montrant que cette dentine pathologique a subi les mêmes troubles que la dentine normale.

Il est infiniment probable que les anomalies constatées dans les deux

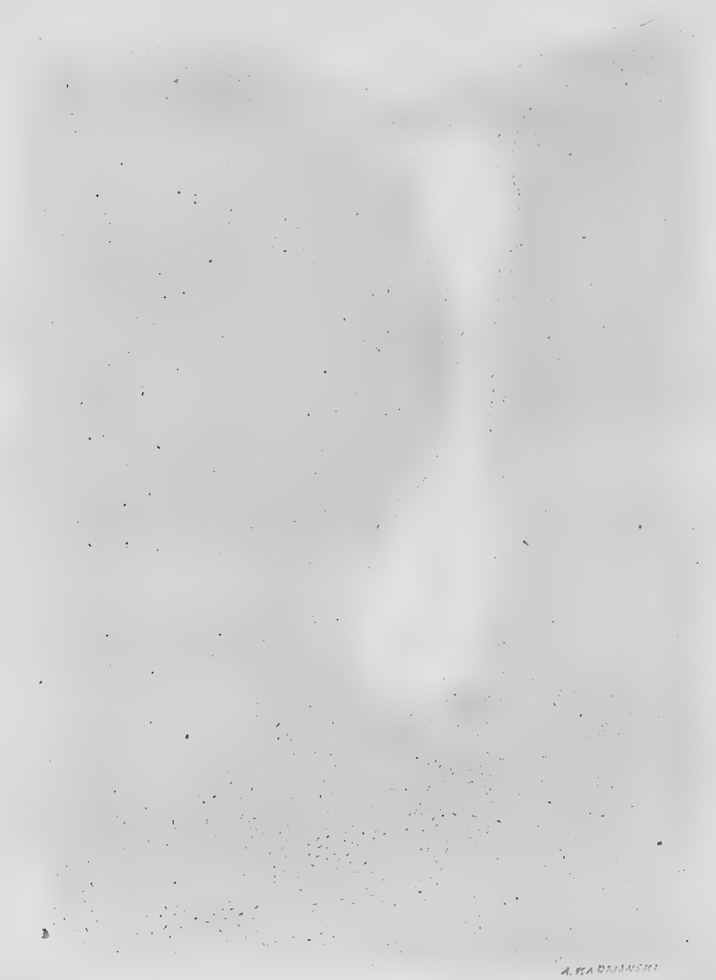


Fig. 13. — Lacune située du côté de la surface extérieure de la racine. A. Surface radiculaire. De chaque côté de la lacune existe un tissu mixte formé de dentine et de cément ; dans les parties voisines, il existait des nodules de dentine secondaire, qui probablement avaient dû se former dans la pulpe et qui ensuite avaient été englobés par la dentine.

dents que nous venons d'examiner, celles-ci ayant été extraites le même jour, sont la conséquence de l'atrésie ou de la malformation du maxillaire. On peut supposer qu'il s'est produit, au moment de la formation des maxillaires, des troubles portant à la fois sur les maxillaires et sur les follicules, et que ces troubles ont déterminé dans les dents les altérations que nous venons de décrire. Il est à noter que le jeune homme qui fait le sujet de cette observation est un neuro-arthritique. Au point

de vue des anomalies dentaires, c'est un héréditaire, car son père offre des stigmates accusés de dégénérescence et, en particulier, du prognathisme inférieur. C'est aussi un neuro-arthritique. J'ignore l'histoire pathologique de la mère.

OBSERVATION X. — 1re *p. m. s. dr. saine* (juin 1888).

Le cément ligamenteux est mince et forme une couche régulière jusqu'au sommet de la racine. Par places il s'est produit une destruction du cément allant jusqu'à la dentine. Ces encoches ont été comblées par du cément de nouvelle formation. Au sommet de la racine et dans la dentine il s'est fait des masses cémento-dentinaires.

La dentine présente peu de lacunes ; mais, dans la région radiculaire, il y a des espaces clairs correspondant à de la dentine plus granuleuse,

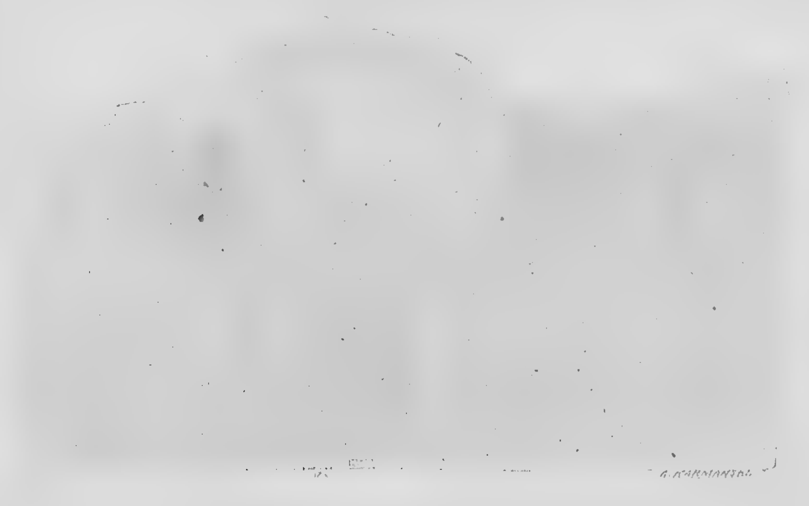


Fig. 14. — A. Canal radiculaire. Nodule de dentine secondaire intra-canaliculaire, commençant à être englobé par la dentine. Du côté du canal radiculaire, on voit un certain nombre de cellules odontoblastiques, et immédiatement au-dessus de celles-ci une zone claire de dentine non calcifiée. En pénétrant plus avant dans la dentine on voit que celle-ci est altérée et que les canalicules, ainsi que les espaces intercanaliculaires, sont irréguliers.

moins colorable et moins riche en canalicules ; ceux-ci sont également plus irréguliers. Cette irrégularité s'observe surtout en abondance à l'extrémité de la racine et au voisinage du canal radiculaire.

Comme on le voit, les troubles dentinaires se seraient produits au moment de la formation de la racine et consécutivement à la constitution de la couronne, qui paraît tout à fait normale.

La dentine présente encore une zone claire tout le long du canal et de la cavité pulpaire, et cette zone, du côté de la dentine, offre des irrégularités qui paraissent beaucoup plus accusées qu'à l'état normal, ce qui indiquerait un certain trouble dans la transformation de la dentine provisoire en dentine définitive.

Dans la pulpe, on observe que la couche des odontoblastes n'offre qu'une seule rangée dans la partie correspondante à la racine, tandis qu'en s'approchant de la couronne la couche devient plus épaisse, les cellules deviennent plus allongées et plus petites. Les noyaux de ces cellules sont situés sur des plans différents. Le reste de la pulpe ne présente pas de modifications notables.

Dans la région radiculaire il existe une masse de dentine secondaire, en partie engagée dans la paroi du canal. A ce niveau et de chaque côté, on voit que la dentine a proliféré et tend à recouvrir le noyau. En ce point, les canalicules dentinaires sont très obliques, comme si la néoformation dentinaire avait été entravée au niveau du noyau de dentine secondaire, tandis que, sur les côtés, elle aurait été exagérée.

Observation XI. — *Inc. latér. supér. droite* (29 janvier 1894).

Le cément est resté fibreux dans presque toute son étendue. Il présente au voisinage du collet de la dent des encoches comprenant l'épaisseur du cément, et l'une d'elles a été comblée par une néoformation fibreuse se continuant avec le ligament.

Depuis l'extrémité de la couronne jusqu'à la pointe de la racine on distingue des lacunes en assez grand nombre, très volumineuses et placées dans la région sous-jacente au cément.

On distingue également, principalement du côté de la cavité pulpaire, un petit nombre d'espaces dans lesquels la dentine est plus granuleuse et moins colorable par le picro-carmin. Les canalicules y sont également plus rares.

La pulpe est moins altérée que dans nombre de cas déjà étudiés. Les cellules odontoblastiques forment une couche unique et plus régulière que dans les cas précédents.

Dans la cavité pulpaire, au niveau de la racine, on trouve une masse très volumineuse formée par de la dentine irrégulière, c'est-à-dire à canalicules contournés, plus ou moins espacés. Cette masse est en continuité avec les parois de la cavité pulpaire, dont elle semble être comme un bourgeonnement.

A l'extrémité de la racine, on voit une sorte d'enfoncement irrégulier, vraisemblablement dû à une malformation plutôt qu'à une destruction secondaire.

En résumé, cette dent présente à un degré moindre les lésions formatives déjà constatées dans d'autres dents examinées.

Observation XII. — 1. *A.* 1888 (1re *p. m. s. dr.*).

Les deux dents dont l'examen microscopique suit, ont appartenu au même individu et ont été extraites le même jour.

I. Le cément est resté ligamenteux dans la majeure partie de la dent; il s'épaissit lentement tout à fait à l'extrémité de la racine et devient osseux.

La dentine est normale dans toute la couronne et dans la majeure partie de la racine. On voit seulement dans quelques points, au voisinage du canal, que les canalicules sont irréguliers, aussi bien dans leur direction que dans leur forme. Ils sont plus espacés, et à ce niveau il existe une dentine granuleuse, mais se colorant normalement. Dans quelques préparations, il y a de rares lacunes près de la surface libre de la couronne.

Dans les points où il reste de la pulpe, elle semble être un peu plus fibreuse qu'à l'état normal.

Observation XIII. — 1. *n°* 2. 1888. *B.* (1re *p. m. s. g.*).

II. Le cément est resté ligamenteux jusqu'à l'extrémité de la racine, où il s'hypertrophie et se montre disposé sous formes de couches irrégulières, mais parallèles entre elles. Ces couches forment des saillies à la surface de la racine.

La dentine est normale dans toute la couronne, les lacunes y sont très rares. Dans la racine il y a un amas de tissu cémentaire à bords festonnés, indiquant qu'à un moment donné il y a eu destruction de la dentine et que la perte de substance a été comblée secondairement par

du cément de nouvelle formation. De plus, dans la dentine on trouve encore des points limités où les canalicules sont plus rares et plus irréguliers, ce qui indique un certain trouble dans la formation dentinaire au moment où cette portion de la racine s'est contituée.

Pour ce qui regarde la pulpe, on constate qu'au niveau de la couronne la couche des odontoblastes paraît épaisse et irrégulière. Les cellules, plus ou moins allongées, sont disposées sur plusieurs couches, tandis qu'à l'extrémité de la racine cette couche reprend un aspect plus normal.

La pulpe, principalement au niveau de la couronne, est plus riche en noyaux, comme si elle était légèrement enflammée ou bien avait pris un caractère plus embryonnaire. Cette particularité indique probablement un certain degré d'irritation.

Observation XIV. — *Première petite molaire supérieure droite aplatie bilatéralement par compression* (déc. 1882).

Le cément est resté mince et uniquement fibreux, sauf tout à fait à l'extrémité de la racine. La dentine, d'aspect à peu près normal, présente de rares lacunes, quelques espaces clairs où la dentine est granuleuse et où les canalicules sont espacés et irréguliers, principalement à l'extrémité de la racine.

La dentine forme une couche peu épaisse, et la cavité pulpaire est considérable. Cette particularité tient à ce que la dent est de date relativement récente ou qu'elle a été arrêtée dans son développement.

Dans cette cavité pulpaire, au niveau de la racine, on trouve une volumineuse néoformation formée uniquement de dentine et présentant des canalicules tortueux et irréguliers, et reliée par un pédicule de dentine à la paroi pulpaire. On trouve également, mais alors en pleine dentine, une autre petite néoformation qui se serait donc formée à une époque où cette portion de la dent était encore uniquement pulpaire et où la dentine à ce niveau n'était pas encore formée.

L'état de la pulpe n'a pas permis d'en faire l'examen.

En résumé, les lésions étaient nulles du côté de la couronne ; celles-ci se seraient donc produites seulement après la formation de la couronne, quand la racine a commencé à se développer, et elles auraient débuté quand cette région était encore à l'état de pulpe.

Observation XV. — *Dent.* 1888, *n°* 2 (1. *C.*) 1[re] *p. m. s. g.*

Le cément est resté fibreux presque jusqu'au sommet. Entre les deux racines, le cément osseux s'est hypertrophié irrégulièrement, formant par places des mamelons. En un point, deux de ces mamelons sont venus rejoindre ceux de la racine opposée et se sont confondus, laissant, entre leur point de contact et l'angle formé par les deux racines, un espace occupé par du ligament et des débris paradentaires.

Dans la couronne on ne trouve rien de très anormal, c'est-à-dire très peu de lacunes, mais on rencontre des espaces clairs dans la racine.

Au niveau de la couronne, la pulpe est plus riche en éléments cellulaires, et les odontoblastes amincis sont disposés sur plusieurs couches; en allant vers l'extrémité de la racine, les éléments cellulaires de la pulpe deviennent plus nombreux. La couche des odontoblastes est plus irrégulière. Ce fait tendrait à prouver que la pulpe était le siège d'un processus irritatif au moment où la dent a été extraite.

Observation XVI. — *Inc. latérale supér. droite* (Juillet 1892. *H. E. M.*).

Le cément est resté ligamenteux presque jusqu'à l'extrémité de la racine, et l'on trouve qu'il s'est produit en ce point un travail de destruction allant jusqu'à la dentine, et suivi d'un travail de réparation néocémentaire.

Dans la dentine on observe quelques lacunes, ne paraissant pas plus développées qu'à l'état normal.

La pulpe, dans la région du collet, montre une couche de cellules odontoblastiques plus épaisse, constituée par des cellules plus nombreuses et plus petites paraissant disposées sur plusieurs couches. On constate également à ce niveau un plus grand nombre de cellules rondes, comme s'il s'était fait en ce point une réaction inflammatoire.

Les coupes n'ont pas permis de voir si cette particularité se poursuivait jusqu'à l'extrémité de la racine, ce qui serait possible, puisque c'est à cette extrémité qu'on a constaté l'existence d'altérations dentinaires et cémentaires.

OBSERVATION XVII. — *Dent comprimée et cariée.* (1re *p. m. s. g.*, 13 nov. 1890.) *Dt. de N.*

Le cément est resté ligamenteux ; mais, par places, il s'est hypertrophié et est devenu osseux. Il en est ainsi tout à fait à l'extrémité de la racine.

Dans la dentine, on remarque quelques petites lacunes dans la partie superficielle de la couronne, et dans la racine au voisinage du collet et près du ligament. Dans la masse dentinaire on trouve des espaces clairs moins colorés par le picro-carmin, à l'aspect granuleux et ne contenant que de rares canalicules. Parmi ces espaces clairs, il en est de très volumineux.

Au voisinage de la pulpe, la dentine présente une couche moins colorable, irrégulière, et dans laquelle on voit des figures circulaires, ayant fixé plus abondamment le picro-carmin. Puis, au voisinage, dans la dentine colorée (fig. 15) on distingue des espaces analogues à des lacunes.



Fig. 15.— Immédiatement au-dessous des cellules odontoblastes disposées (A) en couches irrégulières comme proliférées, on voit une couche de dentine claire (B), de formation récente, non encore calcifiée. Plus profondément (C), on voit une dentine plus ancienne et calcifiée.

Il semble donc que la dentine ait subi la deuxième phase de formation, c'est-à-dire la phase de minéralisation, indiquée par la fixation plus facile du carmin, d'une façon irrégulière.

Par places, au niveau de la pulpe, on trouve dans la dentine de petites encoches correspondant à des points de néoformation dentinaire. Parfois on trouve à ce niveau des espaces clairs et moins riches en canalicules, ce qui tendrait à montrer que les cellules odontoblastiques correspondantes sont en retard sur les autres pour la formation dentinaire et n'ont produit qu'une dentine incomplète.

Les cellules odontoblastiques sont partout altérées, et en de certains points à peine reconnaissables. Dans d'autres elles forment plusieurs

couches irrégulièrement superposées. En outre, elles sont beaucoup plus petites qu'à l'état normal.

Dans la pulpe, on trouve de petits grains plus réfringents et plus colorés par le picro-carmin, à surface mamelonnée, et paraissant être de petits grains de matière minérale. D'autres présentent des couches parallèles concentriques, et dans les plus volumineux de ceux-ci on trouve de très rares canalicules. Ce sont de petits noyaux de dentine secondaires.

Cette dent était cariée. Entre la région cariée et la cavité pulpaire, il existait un espace dentinaire nettement différencié de la dentine voisine, et s'en distinguant par son aptitude à fixer le picro-carmin, ainsi que par ses canalicules dentinaires orientés d'une façon toute différente et plus irréguliers dans leur disposition.

On peut supposer qu'il y a là une formation de dentine secondaire, qui est venue obturer un point de communication entre la cavité pulpaire et la carie.

On pourrait encore supposer, en raison des altérations relativement peu considérables de la pulpe et de la régularité de cette néoformation, qu'elle s'est produite dans un prolongement de la cavité pulpaire antérieurement à l'invasion de la carie.

Observation XVIII. — Il était intéressant de constater si, dans les cas d'éruption anormale de la dent de sagesse, on trouverait des lésions analogues à celles que nous venons de signaler et produites également par un phénomène de compression du follicule.

*Dent de sagesse inférieure gauche ayant provoqué une fistule externe.*

Le cément est resté fibreux et assez épais jusqu'à l'extrémité de la racine, où il présente par places des renflements brusques, produits par du cément osseux. Cette formation cémentaire s'observe tantôt au-dessus, tantôt au-dessous, tantôt au milieu du cément membraneux. En quelques points très limités, il s'est fait des productions cémentaires, ayant pénétré jusque dans la dentine et ayant ensuite été séparées par des néoformations de cément osseux.

La dentine présente sur le bord libre de la couronne une portion se colorant moins par le picro-carmin et présentant des canalicules plus volumineux qu'à l'état normal, surtout pour quelques-uns, au voisinage de la surface. Celle-ci présente à ce niveau des sortes d'enfoncements, et, sur des préparations colorées par la méthode de Gram, on voit qu'il s'est fait en ce point un commencement de carie. Il n'y a pas de lacunes. Dans l'épaisseur de la racine, on voit des espaces clairs généralement allongés dans le sens des canalicules, et reconnaissables à ce que la substance dentinaire est moins colorable et plus granuleuse et occupe une place plus considérable par rapport aux canalicules. Ceux-ci ont en ce point une orientation irrégulière.

Au niveau du point de jonction des deux racines, il y a un espace assez considérable, dans lequel les canalicules sont très irréguliers dans leur direction, leur forme et leurs dimensions.

Au niveau de la cavité pulpaire, la dentine présente une zone où elle n'a pas fixé la matière colorante. Cette zone présente généralement une ligne sinueuse de séparation avec la dentine normale, et, en plus, il y a dans cette partie claire des petites masses sphériques, ayant fixé la matière colorante comme la dentine normale. Cela indique que cette zone non colorée serait due vraisemblablement à ce que dans ces points la formation dentinaire serait restée inachevée. On pourrait dire aussi que c'est une altération de la substance dentinaire, altération ayant porté sur les régions les plus récemment formées.

La pulpe ne s'est point colorée comme elle le fait ordinairement. On n'y distingue ni cellules ni couches d'odontoblastes. Elle est granuleuse, et à la périphérie on distingue des corps arrondis qui doivent être des globules blancs. Dans la masse granuleuse on trouve des traces de faisceaux fibreux assez volumineux et nombreux, indiquant que cet organe était devenu fibreux.

On constate également la présence de corps sphériques très bien colorés ; les uns, très volumineux, sont isolés ; les autres, très petits, sont disposés en groupes. Parmi les plus petits, on en remarque qui sont disposés en lignes dans le trajet des faisceaux fibreux, et leur grand axe est souvent parallèle à la direction des faisceaux.

Dans ces corps on ne distingue aucune structure spéciale, si ce n'est parfois dans les plus gros des cavités irrégulières ressemblant vaguement à des ostéoblastes. Il y a lieu de supposer que ce sont des concrétions minérales qui se sont produites dans les régions fibreuses de la pulpe.

En résumé, nous avons sous les yeux une pulpe d'abord devenue fibreuse, puis ayant subi en différents points une transformation minérale, ce double phénomène s'étant produit sous l'influence d'une inflammation chronique de nature indéterminée, mais vraisemblablement analogue à celle que nous avons vu agir sur les dents comprimées. La pulpe a ensuite suppuré et a dégénéré, probablement sous l'influence d'une invasion microbienne, et s'est ainsi mortifiée.

Le fait de l'invasion microbienne des dents de sagesse est assez commun, et nous en avons publié plusieurs cas [1]. Nous allons montrer par

---

1. Dans un travail paru en 1891 dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux* (*) j'ai publié, à propos du mécanisme de la production de la dentine secondaire, des observations accompagnées de figures démonstratives et ayant trait aux altérations de la pulpe rencontrées dans des dents de sagesse ayant évolué d'une façon anormale :

« Lorsqu'une dent de sagesse évoluant dans des conditions anormales occasionne des accidents, j'ai démontré que ces accidents ont une origine infectieuse.

« Les agents infectieux ne s'adressent pas seulement aux tissus muqueux, osseux, aux ganglions lymphatiques, mais la dent elle-même est envahie. On trouve des organismes dans la région pulpaire. Ceux-ci pénètrent par l'apex de la racine, et la pulpe réagit avec une intensité proportionnelle au nombre et à la nocuité des agents infectieux. En tenant compte de la grande différence de vitalité existant entre la pulpe d'une dent à croissance continue, comme la défense d'éléphant, et la dent humaine, dont la croissance est infiniment moins considérable, on constate néanmoins des lésions très comparables.

« On remarque dans la cavité pulpaire et à sa surface interne des points où la dentine est très irrégulière et paraît s'être déposée sous forme de petites sphères agglomérées entre elles et traversées par de rares fibres dentinaires.

« De plus, dans l'épaisseur de la pulpe on trouve des masses arrondies, plus ou moins volumineuses, se colorant de la même façon que la substance dentinaire, mais ne présentant pas ces fibres. On peut les considérer comme des néoformations de substance dentinaire, analogues à celles qui se sont formées à la surface de la dentine.

« Dans les points où la pulpe a été conservée, on trouve une couche d'odontoblastes plus épaisse qu'à l'état normal et qui semble constituée par des cellules dont les noyaux sont sur des plans différents, à moins que cette disposition, affectant seulement les noyaux, les cellules ne soient plus allongées et plus étirées.

« En quelques points on trouve encore dans cette couche des espaces clairs et autour desquels les cellules sont refoulées, comme s'il s'était produit à

(*) Consulter aussi : *Recherches et Notes originales*, 1891, p. 146 et suiv.

de nouveaux exemples, empruntés à des dents comprimées, que cette invasion microbienne doit se produire plus souvent qu'on ne le croit.

Observation XIX. — *Dt Vion. 1re p. m. s. d.* (Juillet 1893.)

Voûte palatine ogivale. Le maxillaire supérieur droit est légèrement incurvé au niveau des petites molaires et fait saillie du côté de la voûte palatine. La canine supérieure droite, n'ayant pu se placer entre l'incisive supérieure et la première petite molaire, a évolué en dehors de l'arcade dentaire et soulève la lèvre à ce niveau. Cette anomalie frappe d'autant plus vivement les yeux, que les incisives supérieures sont implantées obliquement et constituent un degré marqué de prognathisme. L'incisive latérale supérieure droite, en raison de la pression exercée sur elle par la canine, a rétrocédé et occupe un plan postérieur à celui des incisives centrales.

La jeune fille présentant ces diverses anomalies a un état général peu satisfaisant. Elle est anémique. Son appétit est irrégulier, ses digestions mauvaises. Son enfance a été traversée par de nombreux incidents pathologiques ; elle présente du reste un certain nombre des attributs appartenant à cet état particulier qu'on est convenu de ranger sous le nom de lymphatisme. L'état de ses gencives est des moins satisfaisants ; celles-ci sont gonflées, sanguinolentes, depuis longtemps sujettes à une inflammation chronique et forment un bourrelet saillant au collet des dents. Tartre salivaire abondant.

Avant toute autre intervention cette jeune fille est soumise à un traitement local antiseptique.

La correction des anomalies précitées s'est faite sans présenter rien de particulier, et les résultats acquis se sont maintenus.

A l'examen microscopique on constate que le sommet de la dent a été le siège d'un travail destructif considérable. Celui-ci semble taillé perpendiculairement à son axe, et il est irrégulier. Il s'est fait une néoformation cémentaire considérable qui a succédé au travail destructif. Le cément de nouvelle formation présente des cavités comparables aux cavités médullaires des os, les cavités sont remplies par un tissu conjonctif plus ou moins embryonnaire et très vasculaire. Parmi ces cavités il y en a d'énormes, et d'autres très petites.

Dans la dentine on trouve des prolongements considérables, assez étroits, partant du cément. Dans ces points, la destruction a donc été assez limitée comme étendue, et les lésions ont été comblées par du cément de nouvelle formation, présentant, dans les prolongements les plus considérables, des espaces vasculaires et médullaires.

Dans la cavité pulpaire, il y a également des néoformations, espèces de petites fèves, constituées par du tissu finement granuleux, dans lequel on ne distingue ni canalicules ni corpuscules cémentaires. Il est à présumer qu'elles sont constituées par une substance plutôt comparable à de la dentine.

---

ce niveau un dépôt de substance transparente. Nous devons faire, à propos de cette dernière remarque, la réserve suivante : c'est que cette dernière disposition est peut être due à l'action mécanique de l'acide carbonique dégagé pendant la décalcification. Quoi qu'il en soit, nous voyons dans les dents de sagesse une ébauche de ces lésions qui prennent un développement si considérable dans les défenses de l'éléphant. La cause initiale (infection) est la même, l'intensité seule diffère. »

A l'époque où j'écrivais ces lignes, j'ignorais que des phénomènes d'ordre purement mécanique pouvaient produire des lésions très voisines, sinon identiques à celles que j'avais attribuées exclusivement à l'infection. C'est ce que m'ont appris les recherches ultérieures que je publie actuellement.

Les parois du canal radiculaire, au voisinage du sommet, sont très irrégulières et tapissées par une dentine secondaire tout à fait anormale. Dans d'autres points il y a des néoformations cémentaires.

On remarque, dans la dentine, des espèces de canaux suivant la direction des canalicules et allant de la pulpe au cément. Quelques-uns d'entre eux semblent contenir des vaisseaux capillaires. On doit se demander si l'on a affaire à une malformation congénitale, en vertu de laquelle il se serait formé de la dentine vasculaire, ou s'il s'agit du produit d'un travail pathologique, dû à une destruction très limitée et superficielle du tissu dentinaire. Ces hypothèses sont d'autant plus plausibles que certains de ces espaces, et les plus grands, semblent avoir été comblés par du cément et établissent une sorte de transition entre ces lésions et les précédentes. On peut faire une troisième hypothèse : ne sont-ce point là, en réalité, des malformations qui auraient favorisé les destructions si profondément pénétrantes que nous avons décrites plus haut ? Cela nous expliquerait pourquoi certaines d'entre elles renferment du cément de nouvelle formation.

Le sommet de la dent est recouvert de *nombreux microbes*. Ceux-ci ont envahi la pulpe. On les rencontre également dans les canaux que nous avons décrits comme étant vasculaires.

Ainsi donc, voici une dent ne portant aucune trace de carie, qu'on aurait jugée saine au premier abord et qui se trouve profondément infectée! La jeune fille à laquelle cette dent a été extraite avait le facies scrofuleux; elle négligeait sa bouche et était atteinte de gingivite guérie depuis. On peut se demander quel aurait été le sort de cette dent si elle n'avait pas été extraite. Cette personne n'a point perdu de dents depuis.

Observation XX (novembre 1892). — *Fistule mentonnière provoquée par une dent sans lésions apparentes.*

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui m'avait été adressé avec le diagnostic de périostite à répétition du maxillaire inférieur. Il avait eu un premier abcès quatre ans auparavant; un deuxième s'était produit un an auparavant, un troisième six semaines avant le jour où je vis le malade, et le quatrième était en voie d'évolution. Les abcès avaient été ouverts chaque fois et largement. Il était présumable que cet abcès n'était point provoqué par le maxillaire, mais bien par une des incisives inférieures, mais laquelle ? Aucune ne présentait de carie ni de changement de coloration. Toutefois, je remarquai que l'incisive latérale inférieure droite, comprimée par ses voisines, était légèrement projetée en avant. C'est sur elle que se porta plus particulièrement notre attention. Comme je l'ai dit, elle ne présentait aucune altération apparente et n'avait jamais été, pas plus qu'au moment de l'examen, le siège d'aucune sensation douloureuse. L'examen direct par l'ouverture de l'abcès ne fournissait aucun renseignement positif : seule la percussion de la dent accusait un peu de matité, et encore la différence était des plus délicates à percevoir. Néanmoins, sur ce seul indice et guidé par les idées que j'expose ici, je me décidai à pratiquer l'extraction de cette dent et fis partager mon opinion aux intéressés. La dent extraite, l'abcès guérit rapidement et ne se reproduisit pas.

Voici maintenant quels sont les résultats qui m'ont été fournis par l'examen microscopique de cette dent.

Le sommet de la racine présente des lésions importantes : il y a eu destruction et remplacement, par du tissu cémento-dentinaire et cémentaire pur, des régions détruites, sur la périphérie de la racine.

La cavité pulpaire est considérablement agrandie. Dans les parties qui sont voisines de l'extrémité radiculaire, il existe une couche d'un

tissu fibrillaire dans lequel on distingue par places des corpuscules et des cavités analogues à celles que présente le cément de nouvelle formation. On y voit aussi de petits corps sphériques, d'apparence dentinaire, à la limite de ce tissu et de la dentine, et le fait est facile à constater dans les points où le tissu a été détaché dans les préparations. La surface de la dentine présente de petites saillies globulaires dans l'intérieur desquelles on distingue des canalicules, se continuant avec ceux du reste de la dentine. A leur niveau, le tissu néoformé présente des concavités qui sont comme le moule de ces saillies. Il semble donc que le tissu dentinaire ait été érodé, et que ce tissu de nouvelle formation se soit développé consécutivement à ces érosions. Celles-ci diffèrent de celles que nous avons déjà trouvées, en ce qu'elles n'ont pas la forme d'anfractuosités concaves (encoches). Elles ne résulteraient donc pas d'une action des cellules dentinophages; mais, si l'on se rappelle que la dentine se développe par adjonction de sphérules dentinaires, et si l'on tient compte de l'existence de canalicules normaux dans ces globules, on peut supposer qu'il s'est produit une sorte de dissolution de la dentine, attaquant d'abord la partie phériphérique des globules dentinaires, en mettant plus de temps à détruire la partie centrale de ces globules. Il est permis de croire, d'après ce que l'on sait de l'action dissolvante qu'exercent certains microbes sur la dentine, que cette dissolution est l'œuvre de parasites.

Il est à remarquer que cette couche de cémento-dentine de nouvelle formation, tapissant la cavité pulpaire, est très épaisse au voisinage de l'extrémité de la racine, où elle se continue avec le tissu cémentaire ci-dessus décrit, tandis qu'elle s'amincit de plus en plus, au fur et à mesure que l'on approche de la partie supérieure de la région pulpaire.

Il semble donc qu'elle a eu pour point de départ le tissu cémento-dentinaire à l'extrémité de la racine, et qu'elle a envahi de proche en proche la cavité pulpaire.

Dans la partie supérieure de cette cavité et au niveau de la couronne, la couche précédemment décrite manque, et la dentine qui se trouve au voisinage de la cavité présente des canalicules tortueux, comme s'il s'était fait un travail de réparation postérieur à la destruction considérable qui a dû exister à un moment donné, puisque la cavité est très agrandie.

Au sommet de la cavité pulpaire on trouve un reste de pulpe absolument méconnaissable, tant elle est infiltrée de microbes. Les canalicules qui en partent sont envahis par les parasites, ce que l'on ne constate point dans les autres régions de la cavité pulpaire. Cette infection se prolonge un peu plus dans les canalicules qui se dirigent vers l'extrémité de la dent. Cependant, il n'a pas été possible d'en voir se prolongeant jusqu'à l'extrémité.

La pointe de la couronne a disparu, et il s'est fait en ce point un dépôt de tartre, ce qui prouve que cette destruction existait pendant que la dent était dans la bouche. On ne peut pas voir nettement si les canalicules sont infectés à ce niveau ; en tout cas ils ne le seraient qu'à une très faible profondeur.

A la surface extérieure de la racine, on ne trouve rien, ni destruction ni présence de tartre, indiquant un travail de cémentite, consécutif à une gingivite.

En résumé, nous avons avons sous les yeux la preuve d'une infection pulpaire dont on ne peut saisir la cause première, et une destruction de l'extrémité de la racine, de pathogénie également inconnue.

Comme toujours, ces infections ont amené des destructions de tissu,

destruction de l'extrémité de la racine, agrandissement de la cavité pulpaire par destruction de la dentine ; puis il s'est fait des réparations de cément et de cémento-dentine à l'extrémité de la racine et dans les parties voisines du canal dentaire, néoformation de dentine secondaire dans la partie de la cavité pulpaire correspondant à la couronne.

—

Les faits que je viens de signaler m'ont paru aussi nouveaux qu'inattendus [1]. Ils montrent que sous une influence le plus souvent héréditaire il peut se produire dans la base du crâne, et secondairement dans le maxillaire supérieur, des troubles retentissant sur la forme des maxillaires, que ces troubles réagissent à leur tour sur l'évolution du follicule, que toute dent présentant une anomalie de forme présente aussi des anomalies de structure, et que le trouble initial affecte les cellules dont le rôle fondamental consiste à faire de la dentine. Non seulement on observe ces troubles sur les dents de forme anormale, mais encore sur celles dont l'évolution a été perturbée par l'étroitesse congénitale des maxillaires. Ce sont encore les cellules formatives qui sont originellement frappées et dont la fonction se trouve altérée. Il en est donc des organes comme des individus : ils ne sortent pas impunément de la règle normale et générale.

Si l'on voit le rétrécissement de la base du crâne retentir d'une façon aussi marquée sur le développement du maxillaire supérieur et sur l'évolution des follicules qu'il contient, il nous semble légitime de supposer que ce n'est point seulement dans les maxillaires et dans les dents que de semblables perturbations peuvent se rencontrer, et il est possible que, dans la cavité cranienne même, de semblables troubles évolutifs puissent se produire et retentir sur la forme et sur le fonctionnement de certains groupes de cellules cérébrales.

Quoi qu'il en soit, on voit, par ce qui précède, qu'une dent ne supporte pas impunément des compressions pendant la durée de sa période évolutive, et il est permis de se demander si, dans les interventions faites par les praticiens pour corriger les anomalies dentaires, en dé-

1. Voici toutefois ce que dit Magitot, dans son *Traité des Anomalies*, à propos des dents surnuméraires : « On y retrouve encore les mêmes tissus avec leurs caractères ordinaires. On remarque cependant certaines différences dans leur densité et leur résistance. Ainsi l'émail paraît plus friable, souvent irrégulier et mamelonné ; l'ivoire est poreux, spongieux et creusé de nombreux espaces interglobulaires, circonstances qui sont de nature à prédisposer gravement les dents à la carie, affection qui se rencontre assez souvent chez les dents anormales. La cavité de la pulpe continue d'ailleurs à présenter une étendue et une forme régulièrement proportionnelles au contour extérieur de l'organe. Quant au périoste et au cément, ils ne présentent rien de particulier. » (P. 95.)

Nous-même avons étudié la constitution physique et chimique des dents supplémentaires (*Recherches sur les propriétés chimiques et sur la constitution des dents*, 1888, p. 81), et voici les résultats que nous ont fournis nos recherches :

« M. Buckland, chirurgien du Dental hospital de Leicester Square, à Londres, a bien voulu nous remettre un certain nombre de dents supplémentaires, sur l'origine desquelles nous n'avons pas de renseignements précis. Il était intéressant de savoir si ces dents avaient la même composition que les dents normales. Or, il résulte des analyses faites, que ces dents n'ont pas une composition différente des dents ordinaires, et qu'elles subissent les oscillations de la nutrition comme les dents normales. Leur densité s'est montrée variable ; c'est ainsi que nous avons obtenu les chiffres suivants : D = 2.0860 ; 1.9801 ; 1.9385 ; 2.034 ».

plaçant et en faisant voyager en quelque sorte la dent, il ne se produit pas quelques troubles analogues. Plus la dent est voisine du terme de son évolution, moins ses troubles doivent être accusés ; ils le sont peut-être davantage, lorsque la dent fait seulement son apparition. Cette question, fort délicate en elle-même, mériterait d'être étudiée, si les matériaux d'étude n'étaient relativement aussi rares, et si, d'autre part, dans un cas de correction d'anomalies, on ne courait presque toujours le risque de se trouver en présence d'une dent dont l'évolution intramaxillaire a été troublée. Cette question est surtout d'ordre théorique, bien qu'on ait observé que chez certains individus au moins les dents redressées présentaient moins de résistance que les autres. Mais cette fragilité est-elle le fait de l'intervention, ou celui d'une évolution troublée ?

---

# REVUE DE PATHOLOGIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS.

I. Empoisonnement par le sublimé corrosif; gangrène de la bouche ; etc. — II. Amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne. — III. Contribution à l'étude des abcès froids de la langue. — IV. Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue. — V. Sur la bactériologie de la bouche chez les malades. — VI. De la chute spontanée des dents dans le tabes. — VII. Sur la présence du bacille d'Eberth et d'autres microbes dans la bouche des typhiques. — VIII. Epithélioma de la langue greffé sur d'anciennes plaques de leucoplasie; amputation de l'organe; pas de récidive trois ans après l'opération. — IX. Considérations sur la résection des nerfs de la face pour tics douloureux. — X. Sur les tumeurs inflammatoires de la glande sous-maxillaire. — XI. Note sur la maladie de Fauchard.

I. — EMPOISONNEMENT PAR LE SUBLIMÉ CORROSIF ; GANGRÈNE DE LA BOUCHE, DE LA VULVE, DU GROS INTESTIN, ETC. ; MORT DANS LE COLLAPSUS. (*Richardière.*)

Une femme de 25 ans avale, le 1er novembre, le quart d'un flacon de 125 grammes, contenant une solution de sublimé au 1/10e ; on peut évaluer à 3 grammes la quantité de sublimé ingérée, on provoque immédiatement des vomissements; rapidement surviennent de violentes douleurs dans le ventre, avec vomissements alimentaires et diarrhée verte. Le 2, on note des ecchymoses étoilées dans la bouche, et une salivation intense. Le 3, nausées, vomissements et diarrhée presque continuels, vomissements et selles noirâtres. Le 4, ulcérations dans la bouche aux points ecchymosés, sur les amygdales, les joues, les gencives ; les ulcérations sont recouvertes de détritus gangreneux ; on voit également des plaques de gangrène à la vulve et autour de l'urètre. Le 5, anémie très accentuée, tendance au collapsus. Le 6, la température tombe à 35°, délire. Mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve, dans l'estomac, des ulcérations, des ecchymoses, une grande escarre mesurant 8 centimètres sur 3 centimètres, vert-noirâtre ; dans l'intestin grêle, congestion et œdème; dans tout le gros intestin, de volumineuses escarres depuis le cæcum jusqu'au rectum; le tissu sain a presque disparu ; ces escarres sont perpendiculaires à l'axe de l'intestin, la plupart forment un anneau complet. (*Union méd.*, 21 nov. 1896.)

II. — AMPUTATION TOTALE DE LA LANGUE PAR LA VOIE TRANSHYOÏDIENNE.

*M. Vallas* a présenté à la Société des sciences médicales du 12 mai un malade auquel il a pratiqué, il y a un mois, l'amputation totale de la

langue pour un épithélioma de la région postérieure atteignant et dépassant même le V lingual. L'opération complète étant rendue impossible par le fait même de l'étendue de la lésion, il a employé l'*ostéotomie médiane de l'os hyoïde*, suivant le procédé qu'il a décrit et utilisé déjà dans plusieurs circonstances.

L'amputation transhyoïdienne de la langue est, à mon avis, bien préférable à l'*ostéotomie du maxillaire inférieur*, seule méthode qui puisse être mise en parallèle avec elle au point de vue de la largeur de l'intervention. On peut faire, en effet, par son procédé, une opération aussi complète qu'il est possible. Par les deux incisions à l'aide desquelles on fait au début la ligature des linguales, on enlève les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire; par l'incision médiane qui mène sur l'os hyoïde, on enlève les trois ou quatre ganglions de la région sus-hyoïdienne médiane. Quant à l'organe lui-même, en l'amenant entre les deux moitiés de l'hyoïde sectionné, on peut faire l'amputation aussi loin que l'on veut, car on a sous les yeux le sillon glosso-épiglottique.

Au point de vue de la gravité de l'intervention, la pharyngotomie transhyoïdienne est également bien préférable à l'ostéotomie du maxillaire.

Comme résultat fonctionnel, la phonation est un peu gênée, les linguales font défaut, mais on comprend nettement ce que dit le malade ; quant à la déglutition, elle est encore à l'heure actuelle assez défectueuse ; mais M. Vallas espère qu'avec un appareil prothétique (langue artificielle de Martin), lorsque le plancher buccal aura repris un certain degré d'élasticité, la fonction s'améliorera.

(*Gazette médicale*, n° 23, 1897.)

### III. — Contribution a l'étude des abcès froids de la langue.

(*B. Auché et G. Carrière.*)

L'intérêt de cette observation réside dans l'examen de lésions tuberculeuses de la langue recueillies sur un homme de 27 ans, dont les ganglions sous-maxillaires et les sommets des poumons étaient également atteints. Les lésions linguales consistaient en follicules tuberculeux agglomérés ou isolés et en trois abcès, dont l'un ne communiquait pas avec l'intérieur.

Dans cet abcès on a trouvé des globules de pus, des cellules épithélioïdes, des cellules typiques géantes et entre ces éléments un réticulum très fin, sans cellules éosinophiles, ni mastzellen, ni plasmazellen. La paroi de l'abcès était formée par une couche externe composée de cellules fixes du tissu conjonctif, de leucocytes mononucléés et polynucléés, de nombreux plasmazellen et de rares mastzellen, et par une couche interne de cellules épithélioïdes avec quelques plasmazellen. Quelques bacilles se voyaient dans le contenu de l'abcès. Les lésions histologiques des abcès ouverts différaient peu de ces dernières. (*Journal méd. Bordeaux*, 27 sept. 1896.)

### IV. — Contribution a l'étude des gommes tuberculeuses de la langue.

(*Le Nadan.*)

Affection en somme assez rare, puisque l'auteur n'en a réuni que 18 observations. Leur pathogénie est celle de toutes les tuberculoses locales. Primitives, les gommes sont le résultat d'une inoculation par des microbes venant de l'extérieur. Secondaires, elles peuvent se produire par voie sanguine (un traumatisme dirigeant vers la langue le courant microbien), ou plus souvent résulter de l'infection d'une ulcéra-

tion simple par les microbes des crachats. Elles siègent de préférence sur le dos de la langue.

Le début de l'affection est insidieux, les signes fonctionnels nuls dans l'immense majorité des cas et la marche souvent assez lente et indolente. La terminaison habituelle est l'ulcération.

Le diagnostic, presque toujours difficile, sera aidé par la coexistence fréquente, sur la langue, d'autres formes de tuberculose (ulcérations par exemple). La fonction aspiratrice et l'inoculation au cobaye lèveront les doutes.

Quant au traitement, il doit être chirurgical et consiste dans la dissection de la poche purulente ou un curettage minutieux et l'abrasion des parois. (Thèse de Bordeaux, 1896).

### V. — Sur la bactériologie de la bouche chez les malades. (*Anitchkoff-Platonoff.*)

En examinant la salive des malades diluée au dix-millième, Anitchkoff-Platonoff a vu que la cavité buccale contient un très grand nombre de bactéries, parmi lesquelles, par ordre de fréquence, le streptocoque, l'aureus et d'albus sont les plus constants, tandis que le pneumocoque n'est nullement constant dans les diverses affections. Chez les typhiques, le procédé de Vincent n'a jamais permis de constater le bacille d'Eberth dans la bouche. Chez quelques tuberculeux il y a dans la bouche des bacilles tuberculeux virulents. Parmi les autres formes Anitchkoff-Platonoff a trouvé le bacille des foins, le bacille fluorescens luteus, cladothrix dichotoma, bacille megaterium, leptothrix buccalis, micro coccus albus, m. roseus, flavus, sarcina alba et aurantiaca. Pas d'anaérobies. (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897.)

### VI. — De la chute spontanée des dents dans le tabes. (*Lafontaine.*)

Cette chute peut n'être précédée d'aucun trouble sensitif; mais le plus souvent on note des douleurs céphaliques, variables de siège et d'intensité. Peu à peu les dents s'ébranlent, s'allongent, puis tombent sans traumatisme, sans hémorragie, sans carie. La résorption osseuse, cause du mal, continue; le rebord alvéolaire disparait, d'où retrait de la lèvre et aspect particulier de la physionomie. Quelquefois, il se fait de véritables nécroses et des fistules, lésions sourdes et indolentes.

Au point de vue pathogénique, la raréfaction du tissu osseux des maxillaires est probablement sous la dépendance de névrites périphériques, elle « paraît être due à un trouble du système nerveux dans le territoire du trijumeau et des vaso-moteurs qui l'accompagnent ». — Dix observations. (Thèse de Bordeaux, 1896).

### VII. — Sur la présence du bacille d'Eberth et d'autres microbes dans la bouche des typhiques. (*Dwonieglazoff.*)

Sur 15 typhiques avec 37 examens, Dwonieglazoff n'a trouvé que deux fois le bacille d'Eberth dans la salive, à savoir le 12[e] et le 25[e] jour de la maladie. Sur ces 15 malades, 8 ont présenté dans la bouche l'aureus, 5 l'albus, 2 le streptocoque, et 10 le coli-bacille. Chez le personnel chargé de soigner les typhiques, sur 10 examens, on n'a pas décelé une seule fois le bacille typhique, mais on a trouvé 6 fois l'aureus, 5 fois l'albus, 4 fois le streptocoque, et 4 fois le coli-bacille.

Au point de vue de la technique bactériologique, Dwonieglazoff confirme le fait que la gélatine aux pommes de terre restreint le nombre de

colonies liquéfiantes, de même que l'addition de phénol à 0,08 0/0 aux liquides à examiner; le procédé d'Elsner ne laisse subsister que le bacille typhique et le coli-bacille; le procédé de Kruse-Freudenreich (ensemencement du liquide convenablement dilué sur agar, avec décantation de l'excès) permet d'obtenir des colonies au bout de 24 heures. (*Revue des Sciences médicales.*)

VIII. — Epithélioma de la langue greffé sur d'anciennes plaques de leucoplasie; amputation de l'organe; pas de récidive trois ans après l'opération.

*M. Blanc.* — L'année dernière, notre distingué collègue le docteur Roussel vous présentait un malade atteint de leucoplasie linguale qui très rapidement dégénéra en épithélioma; le cancer prit une marche en quelque sorte foudroyante, puisque en une année il aboutissait à la destruction complète de l'organe et à la plus extrême cachexie; le malade mourut subitement d'hémorragie.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est également un exemple typique de la transformation bien connue des plaques leucoplasiques en épithélioma, mais heureusement il s'agit d'un type clinique plus favorable, puisque l'amputation de la langue pratiquée depuis plus de trois ans n'a pas été suivie de récidive.

P..., âgé de 71 ans, est un homme robuste et bien conservé.

Ancien soldat, il a été toujours un grand buveur et un fumeur obstiné; chaque jour il fumait pour cinquante centimes de tabac, et le dimanche il doublait ou triplait la dose.

Pas de syphilis; dentition des plus défectueuses; depuis plus de douze ans, il s'est aperçu de la présence de plaques blanchâtres sur la langue et la face interne des joues. Ces plaques prirent bien vite des proportions telles, qu'il était obligé d'en couper avec des ciseaux la partie exubérante qui gênait la mastication. Un beau jour, il s'avisa d'arracher une de ces peaux insérée à la pointe de la langue, mais elle tenait si bien qu'une traction un peu vive amena avec elle un morceau de la langue!

A partir de ce jour, l'ulcération ainsi constituée s'agrandit avec rapidité; des noyaux indurés se formèrent tout autour, en même temps qu'apparaissaient des douleurs bientôt épouvantables.

Quand je vis le malade, il était déjà dans un triste état (douleurs continues; mastication impossible; ulcération donnant un ichor sanieux et fétide; engorgement des ganglions sous-maxillaires des deux côtés; cachexie rapide...)

Le malade, homme très courageux, eut bien vite compris que seule une intervention radicale pouvait le tirer d'affaire; l'opération fut pratiquée le 17 avril 1893.

Amputation de la langue au niveau du V lingual; extirpation des ganglions sous-maxillaires. Réunion par première intention au bout de quinze jours.

Le rétablissement fut des plus rapides, et vous pouvez constater aujourd'hui la persistance d'une guérison qui semble bien définitive; notre opéré n'a plus jamais souffert; il mastique et déglutit facilement; il parle très distinctement; bref, une seule chose le chagrine un peu, c'est la défense absolue de fumer que je lui ai imposée, défense à laquelle il se soumet très stoïquement.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

IX. — Considérations sur la résection des nerfs de la face pour tics douloureux.

*M. Dubois* (Cambrai). — Un homme de 53 ans, qui souffre depuis 1876 d'un tic douloureux dans le domaine du nerf maxillaire supérieur gauche, subit, il y a 15 ans, par l'intérieur de la bouche, une opération qui le débarrassa de sa névralgie et du tic.

En 1895 la maladie revient de plus belle et le malade demande à être opéré de rechef.

Je lui résèque dans l'orbite le sous-orbitaire, mais je suis très étonné de n'obtenir aucun résultat immédiat ; la douleur continuait et une nouvelle opération était décidée lorsque, 15 jours après, le malade vient nous dire que les douleurs avaient disparu et qu'il était guéri.

Tout alla bien ainsi pendant un an ; mais au mois de septembre dernier survint une récidive complète.

Je prescris alors le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 15 centigrames par jour.

Au bout de 8 jours le malade, guéri de nouveau, ne veut plus entendre parler de l'opération, qu'il réclamait quelques jours auparavant.

Ainsi par deux fois l'expectation, aidée d'un traitement médical, a épargné à ce malade deux opérations.

Cela indique qu'en pareilles circonstances il ne faut pas trop se presser, qu'en cas de récidive on doit attendre, avant de faire une nouvelle opération, puisque souvent les résultats de la première intervention ne paraissent que tardivement.

Je tiens à signaler les résultats que j'ai obtenus du procédé de M. Horsley pour résection des nerfs dentaire et maxillaire inférieurs.

Il a la plus grande analogie avec celui de Warren : il n'en diffère que parce qu'il porte la section bien plus haut, de sorte qu'on peut atteindre le trou ovale.

Il consiste essentiellement à augmenter l'échancrure sigmoïde à l'aide du ciseau et du maillet, échancrure par laquelle on peut atteindre le nerf dentaire inférieur, le suivre jusqu'au trou grand rond, où il devient maxillaire inférieur, et le réséquer là.

Nous avons pratiqué cette opération sur un homme de 45 ans qui souffrait depuis plus de 10 ans d'un tic douloureux dans le domaine du nerf maxillaire inférieur.

Le tic douloureux a été guéri et n'a pas reparu depuis huit mois.

(*Bulletin médical.*)

X. — Sur les tumeurs inflammatoires de la glande sous-maxillaire.

*H. Küttner* (*Beitræge zur klin. Chir.*, XV, 3) relate deux observations fort importantes au point de vue du diagnostic des tumeurs des glandes salivaires. Dans les deux cas on se trouvait en présence de tumeurs dont les caractères cliniques auraient pu faire croire à un néoplasme malin, tandis que l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de tuméfactions dues à une inflammation chronique.

La première observation a trait à un individu âgé de 48 ans, qui, une dizaine d'années auparavant, s'était aperçu qu'une tumeur commençait à se former au niveau de la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur n'avait jamais été douloureuse. Le malade pensait devoir attribuer la cause de ce néoplasme à une arête de poisson qui s'était implantée autrefois sous la langue. La tumeur, mobile, ayant le volume d'une pêche, était située dans la région sous-maxillaire. Indépendante de la peau, elle était soudée à la muqueuse du plancher de la bouche,

dans le voisinage de la dent de sagesse; en outre, elle se montrait insensible à la pression et offrait une consistance dure. La région de l'angle du maxillaire inférieur était le siège de quelques ganglions légèrement tuméfiés. Le néoplasme et les ganglions tuméfiés furent extirpés radicalement. L'opérateur procéda en même temps à l'ablation de la glande sublinguale, qui présentait également un aspect anormal. A l'examen macroscopique de la tumeur sous-maxillaire, on fut tenté de diagnostiquer un sarcome. La glande sublinguale contenait un calcul salivaire du volume d'un noyau de cerise, tandis qu'aucune concrétion ne put être décelée dans la tumeur de la glande sous-maxillaire ni dans le canal de Wharton.

Le second cas, opéré par M. Bornitz, concerne un sujet âgé de 27 ans, qui avait constaté, depuis six semaines, l'existence d'une tumeur dans la région sous-maxillaire gauche.

Le néoplasme augmenta rapidement et devint légèrement sensible à la pression et pendant la déglutition. Le malade n'avait jamais noté de symptômes inflammatoires. L'examen montra qu'il s'agissait d'une tumeur du volume d'une grosse pomme, siégeant dans la région sous-maxillaire gauche. Elle était recouverte d'une peau normale, adhérente en un seul point. Le néoplasme lui-même, peu mobile, n'était pas sensible à la pression. Au niveau de l'angle de la mâchoire, on constatait l'existence de quelques ganglions tuméfiés. L'opération fut assez difficile, mais le malade se remit aisément.

L'examen histologique de ces deux tumeurs a fourni un résultat tout à fait identique : une partie du néoplasme présente encore la structure d'une glande salivaire, avec cette différence que le tissu conjonctif interracineux est le siège d'une forte infiltration de cellules embryonnaires qui s'accentue principalement autour des vaisseaux et des conduits excréteurs.

En d'autres points on trouve une augmentation considérable du tissu conjonctif avec disparition plus ou moins complète des cellules épithéliales. L'infiltration embryonnaire est beaucoup plus intense, et certaines parties du néoplasme sont uniquement formées de tissu conjonctif contenant des amas de leucocytes et des cellules embryonnaires. Le même processus inflammatoire se retrouve dans les tissus qui entourent la glande sous-maxillaire. Il est impossible, à l'examen de la tumeur, de poser le diagnostic de néoplasme malin. La recherche des bactéries sur les coupes n'a donné aucun résultat.

Ces deux cas rappellent les observations publiées dernièrement par M. Riedel. Ce chirurgien a vu des tumeurs du pancréas qui, tout en affectant les formes du cancer de cet organe, relevaient d'un processus inflammatoire produit par la présence de calculs biliaires dans le canal cholédoque ou dans la vésicule biliaire. M. Riedel croit que l'inflammation s'est, en pareille occurrence, propagée au pancréas par l'ampoule de Vater et le canal de Wirsung.

Dans le premier fait relaté par M. Küttner, on serait tenté d'attribuer l'origine de l'inflammation chronique à la présence du calcul salivaire dans la glande sublinguale; mais l'auteur croit plutôt que l'inflammation chronique des deux glandes doit être considérée comme primaire, tandis que la formation du calcul n'est que secondaire. Il fait ressortir, en outre, le fait de l'absence complète de calcul dans la glande sous-maxillaire, ainsi que dans le canal de Wharton, contrairement à ce qui eut lieu dans l'observation publiée par M. Krœnlein, où la présence d'un volumineux calcul dans ce canal détermina la formation d'une tuméfaction considérable de la glande sous-maxillaire. L'affection décrite

par M. Küttner est aussi complètement différente du processus pathologique observé par M. Mikulicz, dans un cas où il s'agissait d'une tuméfaction symétrique de toutes les glandes lacrymales et salivaires.

(*Semaine médicale.*)

### XI. — NOTE SUR LA MALADIE DE FAUCHARD [1].

Par M. le Dr Moty.

La maladie de Fauchard, décrite au siècle dernier par le dentiste français qui lui a donné son nom, est caractérisée par la chute spontanée des dents saines avant la vieillesse et en dehors de toute maladie générale appréciable : c'est à peu près tout ce qu'en a dit Fauchard.

Les recherches dont nous nous proposons de communiquer les résultats à l'Académie ont porté particulièrement sur l'anatomie pathologique des dents atteintes par cette maladie ; mais elles conduisent à des conclusions trop importantes au point de vue pathologique pour que nous puissions passer ces dernières sous silence.

*Anatomie pathologique.* — Si l'on examine une dent expulsée pendant le cours d'une maladie de Fauchard, on la trouve ordinairement saine en apparence, et l'on est porté à considérer la cause qui a provoqué sa chute comme extérieure à la dent elle-même. Mais si, comme y avait songé Coleman, on ouvre la cavité pulpaire d'un coup de ciseau, de manière à ne détruire aucune des parties de la dent, on voit que cette cavité est oblitérée presque complètement par des dépôts successifs de dentine formée sur la paroi correspondant à la couronne.

La cavité pulpaire des molaires est ainsi réduite à une fente en forme de croissant, à concavité tournée vers la couronne; des extrémités de ce croissant et du côté de sa convexité se détachent les canaux des racines qui paraissent un peu élargis.

On voit à l'œil nu, et mieux à la loupe, que la dentine qui oblitère la cavité pulpaire est stratifiée parallèlement à la surface triturante. La cavité pulpaire des dents à une seule racine se rétrécit dans tous les sens et devient plus étroite que le canal de la racine qui lui fait suite.

Il est à remarquer, en outre, que l'on ne constate ni nécrose de l'apex ni plaques de résorption, à la surface des racines, même quand la pulpe est sphacélée.

La densité brute des dents malades a diminué: ainsi les recherches entreprises à cet sujet, avec l'aréomètre de Nicholson, par M. le pharmacien-major Bayrac, docteur ès sciences physiques, ont donné les résultats suivants:

Première grosse molaire supérieure entière : saine, 2.23, — malade, 2.15.

Première grosse molaire inférieure, après ouverture de la cavité pulpaire : saine, 2,20; malade, 2,17.

Cette diminution de densité nous paraît démontrer que la résorption que l'on observe du côté de l'alvéole a également une tendance à se produire dans la substance minérale de la dent.

La pulpe, refoulée vers l'orifice des canaux radiculaires, contient une grande quantité de parcelles de dentine, dont quelques-unes très volumineuses; cependant, loin de présenter des signes d'inflammation, elle est réduite à l'état fibreux et paraît privée de vaisseaux: sa couleur est beaucoup plus pâle que celle d'une pulpe de dent de vieillard sur le point de tomber.

---

1. Nous avons publié dans notre numéro d'octobre quelques lignes sur ce sujet; nous les complétons aujourd'hui en donnant le travail de l'auteur *in extenso*.

Assez souvent, on la trouve sphacélée et de couleur noire : en ce cas la dent malade a provoqué une poussée phlegmoneuse, qui a nécessité son extraction.

Une autre complication fréquente de la maladie de Fauchard, c'est la carie des racines dénudées, carie qui, en raison de son siège inaccoutumé passe quelquefois inaperçue, même après l'avulsion de la dent.

D'après ces données, la maladie de Fauchard est essentiellement caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une oblitération progressive de la cavité pulpaire et une sclérose de la pulpe, lésions sensiblement différentes des phénomènes normaux de sénilité qui amènent. prématurément quelquefois, la chute des dents présentant une cavité pulpaire rétrécie, mais peu déformée et sans anémie de la pulpe.

*Déductions pathogéniques.* — La constatation de ces lésions permet d'éliminer les opinions de Tomes, Rigg et Coleman, qui attribuent la maladie à une lésion primitive de la gencive ou de l'alvéole; elles sont également contraires à la théorie microbienne, que le courant actuel de la science devait nécessairement mettre au jour.

En effet, la cicatrisation rapide de l'alvéole, après l'ablation de la dent, la perte successive des dents sans rapport les unes avec les autres, l'intétégrité de la gencive au début de l'affection et la marche très variable de cette dernière, tous ces faits s'accordent mal avec une pathogénie microbienne.

Il est naturel que la gencive, qui se détache du collet par étapes successives dans la dernière période de la maladie, soit alors susceptible de s'infecter, en raison même des traumatismes que lui inflige à chaque instant la mobilité de la dent; l'absence de micro-organismes, dans le tissu périodontique compromis dans sa vitalité, serait même alors tout à fait surprenante; mais il n'y a pas lieu d'admettre un lien pathogénique entre leur présence dans les fongosités et l'évolution de la maladie de Fauchard.

Les examens de cavités pulpaires nous paraissent, au contraire, entraîner le classement de la maladie de Fauchard dans les scléroses; cette affection appartient en effet, sauf de très rares exceptions, à l'âge moyen de la vie. Les rameaux nerveux dans la pulpe et ceux de l'alvéole, ayant pour origine commune la petite branche nerveuse qui a présidé à l'évolution de la dent, la nutrition de l'organe dentaire et celle de ses moyens de fixation, doivent d'ailleurs tendre à suivre les mêmes phases pendant le cours de l'existence.

La pâleur de la pulpe montre, en outre, que les rameaux vasculaires sont atteints en même temps que les rameaux nerveux.

Enfin, tout en reconnaissant que des examens de pulpes fraîches sur des dents faiblement atteintes sont nécessaires pour élucider plus complètement la question, nous pensons que la marche de la maladie et l'état général des malades permettent dès à présent de considérer la sclérose comme secondaire et localisée au système vasculo-nerveux de chaque dent, sans lésions des troncs; cette sclérose serait consécutive à la compression de la pulpe par la dentine de nouvelle formation, et cette surproduction dentinaire serait elle-même le résultat d'une alimentation ou d'une nutrition défectueuse, amenant un excès de sels calcaires dans l'économie.

Il nous paraît inutile d'insister plus longtemps sur ce point, car notre but était seulement de présenter à l'Académie les données anatomo-pathologiques qui sont le résultat de nos recherches, et qui nous paraissent jeter un jour nouveau sur la pathogénie de la maladie de Fauchard.

(*Gaz. des Hôpitaux.*) G. V.

# FORMULAIRE

## CACHETS CONTRE LES MIGRAINES.

LŒVRY (*de Berlin.*)

| | |
|---|---|
| Bleu de méthyle Merck........................ | āā 0 gr. 1. |
| Noix de muscade pulvérisée.. .............. | |

Les capsules, de gélatine ou en cachets, à la dose de quatre par jour, à intervalle d'une demi-heure.

Trois doses suffisent pour calmer la douleur.

## LA PYRAMIDONE.

La pyramidone est une poudre d'un blanc jaunâtre, presque insipide, assez soluble dans l'eau (1 gramme pour 60 d'eau chaude à 70°).

L'antipyrine donne, avec l'acide azotique fumant, une coloration verte, qui, sous l'action de la chaleur, passe au rouge sale ; la pyramidone donne une coloration violet améthyste.

Ce serait, d'après M. Filchner, professeur de pharmacalogie à l'université de Breslau, un antithermique et un analgésique supérieur à l'antipyrine par son action plus durable et plus lente à s'effacer à doses égales. Voici les doses qu'il conseille :

De 0 gr. 10 à 0 gr. 75 pour un adulte.
Dose usuelle : de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 c.

Le Dr Legendre, qui a fait sa thèse sur ce nouveau médicament, conseille d'administrer de 0,50 à 1 gramme par jour, fractionnés en prises de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigrammes.

E. B.

# REVUE DE L'ÉTRANGER.

## L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR L'ÉTHER

A l'exception de Lyon qui compte toujours des partisans convaincus de l'anesthésie par l'éther, on peut dire qu'en France ce procédé est rarement employé. En Angleterre et en Allemagne, il n'enest pas ainsi, et il est intéressant de voir des praticiens chercher à améliorer cette méthode. Nous résumons donc, d'après la *Revue des Sciences médicales*, les faits suivants.

Sur 13.000 chloroformisations, M. Riedel a eu 9 cas de mort, tous chez des individus débilités ou alcooliques. Depuis 1893 il a fait 3.000 éthérisations et n'a eu qu'un cas de mort directement imputable à l'anesthésie, chez un emphysémateux, 33 heures après l'opération. Tant pour diminuer la susceptibilité des premières voies respiratoires que pour restreindre la quantité d'éther nécessaire, une demi-heure avant l'anesthésie il pratique une injection sous-cutanée de morphine (un demi-

centigramme de 14 à 18 ans ; un centigramme chez les adultes des deux sexes ; deux à trois centigrammes chez les buveurs) ; puis il ne verse que 3 ou 4 grammes d'éther dans le masque de Julliard, qu'il n'applique pas tout de suite contre le nez ; ensuite, c'est goutte par goutte qu'il laisse tomber l'éther sur la compresse. Il a fait plus de 200 éthérisations pour la laparotomie, sans incident. Il y a recours, même pour les opérations sur la face, en se servant du masque à chloroforme, et ne lui substitue le chloroforme que dans les opérations palatines et pharyngées. Les opérés doivent être surveillés jusqu'à leur réveil (qui peut tarder plusieurs heures, en raison de la morphine), à cause de la rétraction possible de la langue. Jusqu'au lendemain matin, afin d'éviter les vomissements, M. Riedel ne laisse prendre aux malades que de petits morceaux de glace dont ils n'avalent pas l'eau de fusion.

Si pendant l'anesthésie avec l'éther, on n'a pas à redouter la syncope cardiaque et l'arrêt brusque de la respiration, comme avec le chloroforme, en revanche les suites désagréables sont plus nombreuses. M. Riedel a cru un certain temps que l'éther favorisait la production des thromboses veineuses avec embolies pulmonaires, mais Julliard et Stelzner lui ont déclaré n'avoir rien observé de semblable.

A la clinique chirurgicale de Zurich, il a été pratiqué depuis 1893 plus de 2.000 éthérisations. Comme M. Riedel, M. Frœnlein n'est pas partisan de la méthode asphyxiante pour administrer l'anesthésique ; il lui préfère la méthode enivrante, convaincu que le mode d'administration est pour beaucoup dans la fréquence des accidents consécutifs (bronchites et pneumonies, qui mettent obstacle à l'emploi de l'éther par tous les chirurgiens, malgré ses dangers immédiats beaucoup moindres. A Zurich, toutes les deux minutes, on verse 20 grammes d'éther sur le masque de Julliard qui est d'abord tenu à quelque distance du visage, puis rapproché graduellement. Evidemment, on accroît ainsi le temps et la quantité d'anesthésie nécessaires pour endormir les malades, mais on diminue d'autant le nombre des bronchites et des pneumonies secondaires dues à la concentration des vapeurs d'éther. M. Schlatter n'est pas favorable à l'emploi combiné de l'éther et du chloroforme. Par contre, dans le service de Krönlein on se sert avec avantage, pour toutes les opérations un peu longues, de l'anesthésie par la morphine et l'éther, préconisée par Riedel.

M. Gœbel, qui a expérimenté les deux modes d'administration de l'éther avec les masques de Julliard, de Czerny et de Wanscher, a toujours noté la supériorité de la méthode enivrante sur l'asphyxiante.

G. V.

---

## PATHOLOGIE DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

*Conclusions du Dr Lang.*

1° En étudiant l'origine de la stomatite mercurielle il faut tenir compte de trois facteurs : le mercure, la cause locale et les bactéries.

2° Les ulcères se développent principalement sur les parties de la membrane muqueuse exposées à la pression des dents, telles que les bords et la surface inférieure de la langue, la muqueuse des joues et le bord des gencives.

3° Les ulcères se forment le plus souvent dans le voisinage des incisives et des canines du maxillaire inférieur.

4° La salive n'a aucune influence sur l'origine de la stomatite ; la salivation est due simplement à une action réflexe provenant de la bouche ; elle ne précède jamais la stomatite, et fait souvent complètement défaut.

5° Les ulcères mercuriels de la bouche résultent d'une nécrose de la muqueuse produite par les troubles de nutrition des tissus, conséquence de l'action du mercure, et par la pression des dents sur certaines parties de la muqueuse.

(*British medical Journal.*)

---

*L'oculustro* est un savon médicinal qui empêche de se couvrir de buée les verres de lunette, les miroirs à bouche, etc. Il se compose de potasse, d'oléine mélangée avec environ 30 0/0 de glycérine et un peu de térébenthine.

(*Journal für Zahnheilkunde.*)

---

La méthode de dentisterie la plus barbare du monde est pratiquée par les Kaffirs. Le dentiste kaffir place son patient sur le sol où quatre hommes le maintiennent étendu. Alors l'opérateur prend un morceau d'ivoire, d'acier ou de bois tranchant, et lui taillade les gencives jusqu'à ce que la dent soit enlevée.

(*Dominion dental Journal.*)

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

Bibliographie étrangère *(Suite.)*

**Owen** (E.) The operative treatment of cleft palate. Tr. M. Soc. Lond., 1896, xix, 60-72. — **Palmer** (S. B.) Professional enthusiasm and practical suggestions. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 2-5. — **Paquin** (O.) Abnormal ascending pharyngeal artery, Tri. State M. J., St. Louis 1896, iii, 551-553. — **Parreidt** (J.) Ueber den Einfluss adenoider Wucherungen im Nasenrachenraume auf die Zahnstellung. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1896, xiv., 481-485. — **Partsch** (C) und Perlinski. Dritter Bericht der Poliklinik für Zahn und Mundkrankheiten des zahnärztlichen Instituts der Königl. Universität Breslau. *Ibid.* : 486-512. — **Pease** (C. G.) Cataphoresis as applied to sensitive dentine rendering dental operations painless. J. Electro-ther., N. Y., 1897, xv, 54-56. — **Peetz** (A.) Die Zahnkunst. Monatsch. d. Ver. deutsch. Zanhk., 1896, xvi, 290-279. — **Pokorny** (A) Zahnritchtmaschine mit continuirlichem Druck. Oesterr-ungar. Vrtljschr. f. Zanhk., Wien 1896, xii, 467-469. — **Polyàk** (D.) A. Moller-féle glossitis superficialisrol. [The superficial glossitis of Moller.] Orvosi hetil., Budapest, 1896, xl, 609 ; 622.—**Register** (H. C.) Physiological cure of dental caries from clinical observation Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 53-60. — **Richardson** (*Sir* Benjamin Ward.) [1828-1896.] (Obituary.) J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1896, xvii, 827. — **Robinson** (W. H.) Dentalpho-

bia. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1896, iv, 537-543. — **Rose** (H) Crowns with porcelain faces. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1896, xxxix, 1111-1119. — **Schenk** (F.) Die erste Anlage des Unterkiefers und der Zahnalveolen. Oesterr.-ungar, Vrtljschr. f. Zahnk., Wien., 1896, xii, 368-378, 1 pl. — **Schmid** (H.) Die Periodontitis des oberen Weisheitszahnes. *Ibid.* : 469-488. — **Schmidt** (Wilhelm.) [— 1896.] (Obituary.) Zahntech. Reform, Berl., 1896, xvi, 399 — **Schmiegelow** (E.) Akut Osteomyelitis i Overkæben. [Acute osteomyelitis in the upper jaw] Hosp.-Fid., Kjobenh., 1896, R., iv, 985-995. — **Senn** (J. S.) Two cases of lower maxilla. Chicago Clin. Rev., 1896-7, vi, 167-169. — Cleft palate. *Ibid.* : 172. — **Sewill** (J. S.) Two cases of trigeminal neuralgia and trismus associated with loss of teeth. Brit. M. J., Lond. 1897, i, 137. — **Shay** (W. H.) Dental jurisprudence. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 66-73. — **Shelley** (O. C.) Diseases of the antrum with facial neuralgia. Kansas City M. Index, 1897, xviii, 11-15. — **Siegfried** (H.) Beitrag zur Pulpenamputation. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1896, xiv, 513. — **Smith** (A. H.) M. J. Choquet on the science and art of photomicrography. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1896, xxxix, 1105-1110. — **Sudduth** (W. X.) Modern methods of treating the maxillary and other sinuses of the cranium. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 16-18. — **Talbot** (E. S.) Pyorrhea alveolaris. *Ibid.* : 111-119. — **Tiffany** (J. McL.) Intracranial operations for the cure of facial neuralgia. Tr. Am. Surg. Ass., Phila., 1896, xiv, 1 52. — **Vicentini** (F.) Bacteria of the sputa and cryptogamic flora of the mouth. Translated by Rev. F. J. Stutter and Prof. E. Saieghi. London, 1897, Baillière, Tindall et Cox. — **Ward** (C. H.) The four degrees of wear of Broca. Dominion Dent. J. Toronto, 1897, ix, 27-29. — **Weisendanger** (R.) Zur Preisaufgabe des Herrn. Wilh. Herbst in Bremen. Zahntech. Reform, Berl., 1896, xvi, 361-366. - **Weiser** (R.) Ueber Kronen-und Brückenarbeiten. Oesterr.-ungar. Vrtljschr. f. Zahnk., Wien, 1896, xii, 353-368. — **Weld** (G. W.) Disinfectants and the chemico-metallic method of treating and filling the difficult root-canals of semi-devitalized teeth. Dental Cosmos. Phila., 1897, xxxix, 20-29. — **Winfed** (J. McF.) A favus-like eruption of the oral mucous membrane, caused by the aspergillus nigrescens, J. Cutan. et Genito-Urin. Dis., N. Y., 1897, xv, 13-17. — **Witzel** (J.) Standesangelegenheit. Zahntech. Reform, Berl., 1896, xvi, 380-385.

---

# VARIA

## LES PRATIQUES MÉDICALES D'IL Y A CINQ MILLE ANS.

M. Lannelongue a vu, dans un de ses derniers voyages au Caire, la momie de la prêtresse Hamel, remontant à la XI[e] dynastie. Elle était bien conservée et présentait sur le ventre des tatouages et des scarifications de formes très régulières. Une enquête faite auprès des indigènes a permis à M. Lannelongue d'apprendre que la pratique des tatouages et des scarifications existe encore. On tatoue et on scarifie pour des névralgies et pour des états inflammatoires de l'abdomen. Cela fait supposer à M. Lannelongue que la prêtresse Hamel est morte d'une péritonite. Voilà ce que l'on peut appeler un diagnostic rétrospectif !

M. Lannelongue a aussi rapporté de son voyage l'histoire d'une opéra-

tion que peu de chirurgiens modernes ont dû pratiquer et qui a beaucoup étonné les chastes vieillards de l'Académie : c'est la clitoridectomie préventive. Les pères ou les maris faisaient tout simplement enlever un organe dont ils redoutaient les exigences.

(*La Revue médicale.*)

---

Un de nos lecteurs nous adresse cette coupure cueillie dans le *Petit Echo de la Mode*, du 27 juin 1897 :

« COMTESSE DE R. — *Oui, mon mari est bien M. Amen, qui a été pendant quatre ans assistant du docteur G...., place Vendôme. Il a maintenant pour son compte personnel un cabinet dentaire, 3, quai Malaquais, et est diplômé de la Faculté de Médecine de Paris. Écrivez-moi, et je lui demanderai un rendez-vous. Mille remerciements, madame, je suis heureuse d'avoir pu vous rendre service par mes conseils de peinture, et votre intention de devenir une cliente de mon mari me touche profondément.*

« JEANNE AMEN. »

Cette petite correspondance termine un article intitulé : « Causerie artistique sur le Salon de peinture », et nous révèle une foule de choses intéressantes, notamment que M. S... est un peintre d'un *immense talent* !... C'est parfait ; mais pourquoi ce peintre bénéficie-t-il tout seul d'un qualificatif aussi enthousiaste ? Mme Jeanne Amen est par trop modeste pour son mari, car elle avait là une occasion unique de dire, comme ce bon Labiche : « Quel talent ! quel génie !! quel dentiste !!! »

---

## DOCTORESSE NÈGRE.

La première des filles de Cham qui aura posé le bonnet de docteur sur ses cheveux crépus s'appelle Emma Wakefield ; elle exerce dans la Louisiane.

---

## LA TERREUR DU DENTISTE.

Une plaisanterie un peu vieille — mais toujours mauvaise — affirme qu'il est une catégorie de citoyens devant lesquels les rois eux-mêmes sont obligés de se découvrir : les coiffeurs. Il en est une autre devant laquelle ils tremblent : les dentistes. Du moins il est permis de le supposer, et si nous manquons de renseignements précis à cet égard en ce qui concerne nombre de souverains, nous voici parfaitement édifiés pour l'un d'eux, Napoléon, tout simplement. Les rapports publiés ces jours-ci, que le comte de Balmain, commissaire du gouvernement russe à Sainte-Hélène, adressait au comte de Nesselrode, ministre de l'empereur Alexandre, nous montrent le vainqueur d'Austerlitz ayant mal aux dents, son médecin le pressant de s'en faire arracher une qui branle, mais lui répugnant à cette opération et préférant souffrir !

## NOUVELLES

Le journal américain *Items of Interest* publie maintenant une édition européenne sous le titre de *European Progress*, dirigée par M. Georges Randorf, représentant de la Consolidated Mfg C°, et consacrée aux nouveaux procédés et aux nouvelles inventions de la profession.

---

Le *Dental Digest* annonce la faillite de la *Rochester dental Mfg C°*; de Rochester, au capital de 150.000 fr. actions et 50.000 fr. obligations, qui publiait également l'*Odontographic dental Journal.*

---

On signale la formation d'une *Société de stomatologie hongroise*, qui a tenu sa première séance le 2 février dernier. Peuvent seuls en faire partie les docteurs en médecine ; les médecins-dentistes (*Zahnärzte*) qui ne sont pas docteurs en sont exclus. La Société est calquée sur la *British dental Association*, dans ses grandes lignes.

Le Dr Arkövy en est le président, et le Dr Rothmann le 1er vice-président.

---

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal allemand, *Die Zahnkunst*, organe hebdomadaire de la Société des mécaniciens-dentistes allemands, publié à Leipzig par M. Arthur Stolper et envoyé gratuitement à tous les mécaniciens de l'empire.

On sait que cette Société publie déjà tous les mois une revue, sous le titre de : *Monatsschrift des Vereins deutscher Zahnkünsler.*

Bonne chance à notre nouveau confrère.

---

Nous apprenons la prochaine arrivée à Paris, de nos amis et confrères MM. Wm. Wallace Walker, de New-York, et Bonwill, de Philadelphie.

Ajoutons à ce propos, que le journal américain *Items of Interest*, termine ainsi un article biographique consacré à M. G. A. Bonvill, dans son numéro du 6 juin dernier :

Le docteur a reçu beaucoup de médailles comme marques de distinction pour ses inventions originales ; mais il considère que le plus d'honneur qui lui eût jamais été rendu, remonte au Congrès dentaire international de Paris de 1889, où les dentistes présents le portèrent avec enthousiasme sur leurs épaules, et lui firent ainsi faire le tour de la salle, au milieu d'applaudissements frénétiques. Il déclare n'avoir jamais reçu d'honneur semblable dans sa ville natale, et il ajoute : « Je suis fier de la façon dont ma propre ville m'a désavoué ».

---

Nous avons publié dans le numéro de juin, les programmes des

divers concours qui auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris, pour pourvoir à des vacances dans le personnel enseignant.

Rappelons que les épreuves pour deux places de professeurs suppléants de clinique, seront subies le 12 septembre, et que les épreuves pour trois places de chefs de clinique, seront subies le 3 octobre.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture de chaque concours.

Nous prions les intéressés de s'adresser pour tous renseignements supplémentaires, au secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

---

# TRIBUNE OUVERTE

## (RÉPONSES)

*Question* n° 20. — Les poids usités en Amérique et en Angleterre sont les suivants :

Poids commercial ordinaire :

1 pound (livre) = 16 onces = 7680 grains = 453 gr. 60.
1 oz (once) = 480 grains = 28 gr. 3495.
1 grain = 0 gr. 0638.

Poids usités pour les médicaments et les métaux précieux :

1 pound = 12 onces à 20 pennyweights (dwts) à 24 grains = 373 gr. 2419.
1 once = 20 pennyweights (dwts) = 480 grains = 31 gr. 103.
1 pennyweight = 24 grains = 1 gr. 555.
1 grain = 0 gr. 0648.

REYMOND frères.

***

Un de nos confrères ayant lu, dans un traité américain de pathologie, des formules variées, se trouva fort empêché de comprendre les signes cabalistiques qui accompagnaient l'indication des substances médicamenteuses.

Il nous a demandé de le renseigner sur ce point. M. E. Bourquelot a bien voulu nous communiquer le tableau suivant :

SS = Semis = une demie (1/2).
O = octarius = une pinte (16 fluidonces) = 0 lit. 473.
℥ = une once = 31 gr. 103.
ʒ = drachme (60 grains) = 3 gr. 888.
Un grain = 0 gr. 0647.

Ainsi, dans les exemples indiqués, par notre correspondant :

Sulfate de soude.................................. }
Soufre précipité.................................. } *ãã* ʒ SS

signifie une demi-drachme = 1 gr. 944.

Celui-ci :

Soufre précipité.......................... IV à VI grains.
Glycérine................................. 1 once.
Eau de rose............................... Octarius SS.

doit se lire :

| | |
|---|---|
| Soufre précipité | 0,2592 à 0,3888 |
| Glycérine | 31 gr. 103 |
| Eau de rose | 0 litre 2365 |

(*La Méd. mod.*)

---

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées.

N. D. L. R.

---

## DERNIÈRE HEURE

Le conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 20 de ce mois, a chargé son bureau de protester auprès du président du Congrès de Moscou contre l'article du règlement qui n'admet pas les chirurgiens-dentistes, au même titre que les docteurs-dentistes, dans la section d'odontologie.

Les premiers sont admis, en effet, seulement à titre d'adhérents extraordinaires, c'est-à-dire privés du droit de vote.

---

Le bureau local du Congrès dentaire national de 1897, composé des représentants des sociétés dentaires parisiennes, est ainsi constitué :

*Société d'Odontologie* : MM. Mendel Joseph, Viau.
*Société odontologique de France* : MM. Damain, Dr Queudot.
*Syndicat des Chirurgiens-Dentistes diplômés* : M. de Marion.
*Syndicat des Chirurgiens-Dentistes patentés* : M. Ducournau.

17e ANNÉE. N° 9. 15 AOUT 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

*L'Odontologie*, bi-mensuelle, paraît avec un minimum de 40 pages de texte.

## BULLETIN MENSUEL

### LE SERVICE MILITAIRE ET LES DENTISTES

La presse professionnelle s'est occupée récemment de la situation des dentistes par rapport à la loi du 16 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée, qui nous régit actuellement. Cette préoccupation est bien légitime, car le service militaire est une des charges les plus lourdes qui pèsent sur les citoyens ; aussi est-il maintenant admis qu'elle doit peser également sur tous. C'est le principe qu'à posé la loi, il y a bientôt dix ans, en établissant le service militaire *obligatoire personnel.* Sur ce point donc, le jeune dentiste a le devoir, pour se conformer à la loi commune, de prendre l'uniforme et passer par la caserne.

Mais le principe posé par la loi, dans son article 1er, est fort atténué par la série des dispenses prévues par les articles suivants, puisque les trois années à passer sous les drapeaux pour le plus grand nombre, sont réduites à une seule année pour les jeunes gens qui suivent l'enseignement supérieur et se destinent à certaines professions dites libérales, telles que médecin, pharmacien, instituteur, vétérinaire, ecclésiastique, etc.

Le tempérament que la loi de 1889 a apporté à son article 1er doit, en bonne logique, être étendu à tous ceux qui sont susceptibles d'être rangés dans les catégories en question. Or, la loi du 30 novembre 1892 a, dit-on, fait rentrer la profession de chirurgien-dentiste dans la grande famille médicale, et le décret du 30 décembre 1894 a assimilé les Ecoles d'Art dentaire aux établissements d'enseignement supérieur libre. Il serait donc de toute équité que les étudiants chirurgiens-dentistes, qui ont maintenant les charges de cette situation nouvelle, bénéficiassent des privilèges qui sont accordés à leurs collègues des diverses écoles de l'enseignement supérieur dont nous reproduisons l'énumération résumée d'après l'article 23 de la loi de 1889 :

1° Les jeunes gens qui contractent l'engagement de servir pendant dix ans, dans les fonctions de l'instruction publique ;

2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir :

Soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaires;...

Soit le diplôme de l'Institut national agronomique, des Haras du Pin, de Grignon, de Montpellier, des écoles des Maîtres-Ouvriers-Mineurs d'Alais, de Douai, des écoles nationales d'Arts-et-Métiers d'Aix, d'Angers, de Châlons, des Hautes-Etudes commerciales et supérieures de Commerce ;

Soit l'un des prix dans les concours annuels de l'école nationale des Beaux-Arts, du Conservatoire de Musique, des Arts-Décoratifs ;

3° Les jeunes gens qui exercent des industries d'art ;

4° Les jeunes gens admis à titre d'élèves-ecclésiastiques.

Pourtant, parmi ces diverses écoles, le législateur a fait une distinction, en se basant sur la durée des études et les nécessités professionnelles de chaque catégorie. C'est ainsi que les dispenses sont accordées à tous les élèves visés dans les premiers paragraphes : médecins, pharmaciens, etc., sous la réserve que le diplôme soit obtenu à 26 ans, alors qu'elles ne sont accordées pour l'Institut national agronomique qu'aux soixante premiers élèves sortis au concours, et pour les autres écoles professionnelles qu'aux quatre premiers cinquièmes de la liste de mérite, et qu'enfin pour les ouvriers d'art qu'à 1/2 0/0 du contingent après concours.

En relisant la loi du 15 juillet 1889 et le décret complémentaire du 23 novembre de la même année, on se demande pourquoi le Dentiste ne figure pas parmi la liste si longue des dispensés, alors qu'il y a place et comme élève des écoles dentaires, établissements d'enseignement supérieur, et comme mécanicien-dentiste, exerçant une industrie d'art, — la prothèse dentaire.

Cela ne peut s'expliquer que parce que la loi sur le recrutement est antérieure de trois ans à celle qui régit notre profession et a créé notre diplôme ; la loi de 1889 ne pouvait pas parler d'un diplôme qui n'existait pas encore officiellement. Mais ce que la loi de 1889 n'a pas dit, une autre eût pu le dire, celle de 1892, par exemple, ou même toute autre proposition déposée ultérieurement. Ce n'est point qu'aucune tentative n'ait été faite à cet égard : bien au contraire des députés, des sénateurs, des ministres même, sur nos sollicitations, ont essayé de réparer cette lacune, mais sans succès jusqu'à présent. Aussi est-il permis de se demander s'il est possible d'obtenir quelque changement à cette situation. Nous estimons que cela est encore possible, mais n'est pas exempt de difficultés, parce que les Pouvoirs publics paraissent peu disposés à créer de nouvelles dispenses qui auraient pour effet de réduire l'effectif du contingent, alors qu'on cherche à l'augmenter par tous les moyens. Pour réussir, il faudrait un effort commun et continu de tous les dentistes, de toutes les Sociétés professionnelles, et cet effort peut et doit être tenté.

Un de nos confrères de Rennes, M. Hélot, pose très nettement la question de l'assimilation du mécanicien-dentiste aux ouvrier des industries d'art, dans la proposition suivante, à laquelle nous applaudissons des deux mains :

« En attendant que les Pouvoirs publics aient accordé aux chirurgiens-dentistes de ne faire *qu'une année de service militaire*, ne pourrait-on pas demander que la profession de dentiste fût considérée comme faisant partie des différentes industries d'art qui, aux termes de l'article 23 de la loi du 16 juillet 1889, peuvent dispenser de deux années de service militaire ?

« C'est un grand service qu'on rendrait à la profession, car un un plus grand nombre d'élèves fréquenteraient l'atelier et chercheraient à devenir des artistes en prothèse dentaire.

« Des cours supplémentaires pourraient être organisés dans chaque école, en vue de ce concours, comme le font les chambres syndicales des industries d'art. »

Hâtons-nous de dire que, sur ce dernier point, nous avons devancé le désir de notre confrère : l'Ecole dentaire de Paris reçoit, en effet, des élèves-*mécaniciens dentistes*, désirant obtenir le brevet spécial de mécanicien-dentiste qu'elle délivre ; elle a organisé à cet effet des cours spéciaux d'une durée de deux ans, comportant trois examens : l'un à l'entrée, le second (théorique) et le troisième (pratique) à la fin de la deuxième année.

Mais, tout en approuvant le vœu de notre excellent confrère de Rennes, il ne nous paraît pas indispensable, sur cette question des mécaniciens-dentistes, de déranger l'Administration.

Il n'est pas nécessaire de faire modifier le décret du 13 novembre 1893. Après une enquête très sérieuse, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait là qu'une simple question d'interprétation et de forme.

Ainsi, dans son chapitre V, article 26, huitième ligne, il est dit : « Peuvent réclamer le bénéfice du paragraphe 3 de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, les jeunes gens des catégories suivantes : ciseleurs, graveurs sur métaux,.....
..... *fabricants d'instruments de précision et de chirurgie* ».

Il suffit donc que nos jeunes mécaniciens-dentistes, pour concourir pour la dispense en question, se présentent comme *ouvriers fabricant des instruments de précision et de chirurgie*.

Et en effet, nous avons appris que les quelques dentistes qui ont déjà bénéficié de la dite dispense, ne l'ont obtenue que par ce moyen, tandis que l'on refusait d'inscrire ceux qui se présentaient comme *mécanicien-dentiste*, appellation qui ne figure effectivement pas dans le décret précité. Il est plus prudent, si l'on veut éviter dans le concours d'avoir, comme cela est arrivé à un de nos élèves, au lieu d'un appareil dentaire, un davier à fabriquer, de se faire inscrire sous la formule suivante :

*Ouvriers fabricant des appareils de précision et de chirurgie dentaire.*

S'il y avait contestation de la part de l'Administration, il suffirait d'en informer une de nos Sociétés professionnelles, l'Association Générale des Dentistes de France, par exemple, qui interviendrait.

Quant à la dispense à accorder aux élèves des Ecoles dentaires en tant qu'étudiants des établissements d'enseignement supérieur,

elle ne peut être obtenue que par une modification à la loi de juillet 1889, nécessitant l'intervention de la Chambre des Députés et du Sénat, ce qui est difficile.

Dans tous les cas, une excellente occasion va s'offrir prochainement pour présenter avec autorité cette question aux Pouvoirs publics, à la troisième session du Congrès dentaire national, qui aura lieu à Paris au mois d'octobre prochain ; qu'un de nos confrères, prenne l'initiative d'y émettre un vœu dans ce sens, décidant l'envoi d'une pétition aux Pouvoirs publics, qui sera confiée aux soins du Bureau. Il aura certainement l'appui de l'unanimité des congressistes.

Ch. Godon.



## Travaux Originaux

# LE FORMALDÉHYDE

### ASSOCIÉ A L'ESSENCE DE GÉRANIUM EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE.

Par M. G. de Marion.

*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 juillet 1897.*

## I

### RÉCIPROCITÉ DES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES DU FORMALDÉHYDE ET DE LA CONSTITUTION DE LA DENT.

Le choix d'un bon antiseptique pour le traitement des caries pénétrantes demeure toujours une des principales préoccupations des praticiens. Tour à tour on a eu recours aux grands antiseptiques de la chirurgie générale, et, comme je vous le rappelais, lors de ma première communication sur le formaldéhyde [1], aucun d'eux n'a donné de résultats bien satisfaisants. C'est que, nous le savons maintenant, la nature physique de la dent apporte une difficulté particulière à l'action des divers agents, en s'opposant à leur pénétration dans sa propre substance. Cet élément de la question offre pour nous une importance capitale, et je vous demande la permission d'en rappeler sommairement les principaux traits, afin d'appuyer sur une base solide la théorie que je vais émettre pour interpréter les résultats que j'ai obtenus depuis plus de deux ans que je me sers du formaldéhyde dans ma pratique courante.

En outre, par un examen approfondi de l'action sur le formaldéhyde des produits ammoniacaux, action chimique que j'étudierai avec quelques détails, j'ai été amené à apporter à ma technique

1. *Odontologie*, 1894. *Progrès Médical*, mars 1895.

des perfectionnements importants, dont la connaissance sera, je pense, capable de vous intéresser. J'ai aussi mis à profit, pour améliorer ma technique, des recherches encore inédites sur le pouvoir antiseptique du formol à une température supérieure à 50°.

L'importance de la constitution physique de la dent, par rapport à la présence des antiseptiques qu'on se propose de faire intervenir, a été mise en lumière d'une manière bien nette, pour la première fois, je crois, par le Dr Ferrier. C'est à juste titre que ce praticien considère la dentine, corps poreux, imprégné de liquides salivaires plus ou moins mélangés de sérosités, comme réfractaire, par cette constitution même, à l'absorption des antiseptiques. Prenant la créosote comme matière d'expérience, il montre très simplement que celle-ci n'est pas absorbée par une surface humide : quelques gouttes d'une dissolution de créosote dans l'essence minérale, déposée sur une surface humide, laissent apercevoir, après évaporation du dissolvant, la créosote réunie en petites masses globulaires sans aucune adhérence avec cette surface. Et assimilant logiquement la paroi radiculaire à une surface humide, il conclut que la créosote, ne mouillant pas cette paroi, ne pourra l'antiseptiser, et qu'à plus forte raison on ne pourra compter avec elle sur l'antisepsie de la dentine, où restent dans les liquides canaliculaires des microorganismes prêts à entrer en scène à la première occasion.

Cette expérience peut être généralisée, soit en considérant d'autres antiseptiques, soit en prenant d'autres dissolvants.

En effet, quelques gouttes d'une dissolution alcoolique de créosote donneront lieu aux mêmes phénomènes de la séparation en petits globules, quand, au bout de quelques instants, l'alcool se sera diffusé dans l'humidité de la surface. Les choses se passent d'une façon identique avec le thymol et, en général, avec tous les produits solides ou liquides qui ne sont pas miscibles à l'eau.

La conclusion qui découle de cette constatation, c'est que l'antiseptique que nous choisirons devra remplir la condition d'être soluble dans l'eau.

Passons maintenant aux autres *desiderata* : il faudra, de plus, d'après ce que nous venons de dire, qu'il aille stériliser les liquides contenus dans les canalicules dentinaires, et par conséquent *qu'il soit très diffusible*. Enfin, troisième condition, il devra n'exercer aucune action nocive sur la dentine [1].

Il est facile de voir, en prenant séparément les divers antiseptiques, qu'aucun d'eux ne réunit ces trois conditions essentielles. Seul, au contraire, le formaldéhyde les possède au plus haut point : il est très soluble dans l'eau (50 0/0) ; il est éminemment diffu-

1. Il conviendrait peut-être d'ajouter ici une remarque relative à la volatilité. Dans certains cas celle-ci est nuisible ; dans un pansement par occlusion avec un corps volatil et irritant (iode, essences diverses, etc.), les vapeurs de celui-ci provoquent du côté du ligament des douleurs qui rendent le plus souvent impossible le maintien du pansement. Rien de tel n'arrive avec le formol.

sible[1] ; il n'exerce aucune action destructive sur les tissus de la dent. C'est pourquoi je me crois autorisé à dire que le formaldéhyde est le spécifique pour le traitement des caries pénétrantes, autrement dit qu'il est l'antiseptique intradentaire de choix.

## II

### ACTION DÉSINFECTANTE ET ACTION ANTISEPTIQUE DU FORMALDÉHYDE.

Il convient, ce premier point acquis, de pousser plus loin notre étude et d'examiner les circonstances spéciales de l'action du formaldéhyde quand il est mis en présence d'une carie.

Je vous ai entretenu de la propriété que possède le formaldéhyde de s'unir aux ammoniacaux[2]. Cette action chimique intervient toujours au milieu des produits putrides résultant de la désagrégation de la pulpe, et elle intervient d'autant plus largement que ces produits sont plus abondants. Le formaldéhyde se combine non seulement à l'ammoniaque et aux ammoniaques composées, telles que l'éthylamine et la méthylamine, mais encore aux carbonates de ces bases. Ces combinaisons s'effectuent à froid et en très peu de temps par le simple contact des solutions des corps réagissants. Les produits de ces combinaisons sont des corps neutres, dépourvus d'activité chimique et dans lesquels le formaldéhyde a perdu ses qualités antiseptiques. On peut dire que le formaldéhyde est complètement neutralisé tant chimiquement qu'au point de vue antiseptique par les ammoniacaux.

Voilà donc deux faits qu'il faut bien retenir :

1° Absorption rapide à la température ordinaire du formaldéhyde par les ammoniacaux ;

2° Sa neutralisation consécutive tant chimique qu'antiseptique.

Ce sont ces deux faits importants qui nous feront bien comprendre ce qui se passe dans l'action du formaldéhyde sur les caries.

Quelle est l'origine des produits ammoniacaux dans une carie? Lorsque, la chambre pulpaire étant ouverte, une pulpe se détruit, la ressemblance physique entre les produits qu'elle donne et ceux résultant de la destruction des matières animales, au contact de l'air, fait supposer une analogie de composition. Dans la putréfaction, l'azote des matières animales se change en ammoniaque et en composés d'ammoniaque et ceux-ci demeurent libres ou se combinent à l'acide carbonique provenant du carbone de ces mêmes matières. Supposons donc que les choses se passent de même pour la pulpe ; il est évident que les produits ammoniacaux seront d'autant plus abondants que la destruction de la pulpe sera plus avancée, et comme les ammoniacaux sont très diffusibles, la dentine en sera promptement imprégnée.

Quand, dans une cavité pulpaire infectée, on placera un pansement au formol, ce que je viens de dire explique ce qui se passera :

1. *Annales de dermatologie et de siphiligraphie*, 1894, p. 808.
2. *Progrès Médical*, 1895. *Odontologie*, 1894.

le formaldéhyde sera d'adord neutralisé chimiquement et, comme conséquence, il perdra toutes ses propriétés antiseptiques par l'excès des produits putrides. Le processus infectieux n'étant pas atteint continuera son œuvre en donnant une nouvelle dose de produits ammoniacaux. Les choses iront ainsi jusqu'au moment où, après un nombre suffisant de pansements, la *désinfection* étant achevée, l'effet *antiseptique* commencera, s'attaquant aux microbes pathogènes de la carie qui pullulent dans les canaux radiculaires et dans les canalicules dentinaires.

Cette dualité d'action mérite qu'on s'y arrête ; elle montre pourquoi la stérilisation d'une carie marche beaucoup plus lentement que ne le comporte, à première vue, la puissance antiseptique si grande du formol ; et l'idée vient immédiatement à l'esprit, de la recherche d'un moyen capable d'arrêter cette production continue de produits putrides, dès le commencement du traitement. On arrive à ce résultat en associant au formol *l'essence de géranium*.

Je vais dire quelques mots de ce produit pour justifier le choix que j'en ai fait.

## III

### LES ESSENCES COMME ANTIPUTRIDES. L'ESSENCE DE GÉRANIUM.

Les expériences bactériologiques de Chamberland et celles de Cadéac et Albin Meunier [1] ont montré que les essences sont douées de propriétés antiseptiques très grandes, égales, sinon supérieures, à celles des produits le plus couramment employés par la chirurgie : sublimé, iodoforme, acide phénique, etc.

Au premier rang se place l'essence de cannelle, dont la puissance dépasse celle du sublimé : viennent ensuite l'essence d'origan et celle de géranium, de propriétés à peine moindres.

Les essences ont été étudiées chimiquement par le Dr Lucas Championnière et elles ont donné d'excellents résultats en chirurgie. L'éminent chirurgien s'étant servi de topiques dont la formule avait été donnée par M. André, pharmacien, et qui avaient été préparés par lui, avait pansé des laparotomies, des cures radicales de hernies, des amputations de seins et des ablations de tumeurs diverses. Il avait toujours vu les plaies rester bien aseptiques, et le trajet des drains ne subissait pas d'infection secondaire; la cicatrisation était plus rapide, l'aspect des lignes de réunion meilleur qu'avec les topiques iodoformés.

En ce qui concerne les régions infectées, voici ce qu'il dit :

> J'ai eu l'occasion de l'appliquer (le topique), soit dans un vaste anthrax où tous les phénomènes de putridité furent enrayés, soit dans un cas de gangrène sénile. Dans ce cas, la période d'élimination a été franchie sans odeur on peut dire, et avec un minimum de suppuration qui a été très frappant.

Il est bon de rappeler que les propriétés antiputrides des essences

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887.

ont été connues et utilisées de toute antiquité. Les Egyptiens se servaient de ces produits pour pratiquer l'embaumement des corps ; cet art était en grand honneur auprès d'eux. On sait que les momies que l'on découvre sur la terre des Pharaons sont quelquefois dans un état de conservation remarquable. Encore aujourd'hui, c'est avec les essences additionnées de poudres absorbantes qu'on pratique l'embaumement et la conservation des corps.

Malheureusement les essences ont des inconvénients nombreux, et notamment elles sont très irritantes et quelquefois même vésicantes. C'est là la principale cause qui s'oppose à leur application à la thérapeutique dentaire. En effet, quand dans une chambre pulpaire on fait avec l'essence de cannelle ou avec l'essence d'origan un pansement par occlusion, il y a immédiatement des douleurs violentes dues à la formation des vapeurs et à l'irritation du ligament. L'essence de géranium fait heureusement exception à la règle et aucun fait semblable ne se produit avec elle. Pour se convaincre tout de suite de l'absence de propriétés irritantes, il suffit d'en déposer une goutte sur la langue ; on ne perçoit aucune sensation, non pas de brûlure, mais même de picotement; c'est ce qui m'a permis de l'adopter. J'ajoute qu'elle est douée d'une odeur douce et agréable, et j'exposerai plus loin qu'elle sert même de réactif pour reconnaître que la stérilisation de la dent est atteinte.

L'association au formaldéhyde de l'essence de géranium arrête instantanément la formation des produits putrides dans une carie, et réduit dans des proportions considérables le nombre des pansements nécessaires.

## IV

### INFLUENCE DE LA CHALEUR SUR LE POUVOIR ANTISEPTIQUE DU FORMALDÉHYDE.

Après vous avoir signalé les causes qui ralentissent l'activité du formaldéhyde dans une cavité pulpaire et vous avoir indiqué les moyens d'y remédier, je veux vous dire un mot de l'influence de la chaleur sur le pouvoir antiseptique du formol.

Des expériences encore inédites, mais qui ne tarderont certainement pas à être publiées, ont démontré qu'à partir et au-dessus de 50° le formol possède une puissance bactéricide certaine, non seulement à l'égard de tous les microbes connus, mais encore même des spores. Voilà un fait intéressant, moins pour nous peut-être qui employons le formol à doses massives, au maximum de concentration, que pour les chirurgiens qui ne peuvent l'employer qu'à l'état de très grande dilution, c'est-à-dire à doses infertilisantes, mais non bactéricides.

M. Adnet met dès à présent ce principe en application en construisant une étuve spéciale chauffée au moyen d'une source de chaleur ordinaire et dans laquelle l'atmosphère est saturée de vapeurs de formol à une température supérieure à 50°, vapeurs obtenues par la décomposition ignée de trioxyméthylène. Il ne

m'appartient pas de m'étendre davantage sur cette question ; nous connaissons le principe, cela nous suffit.

## V

### TECHNIQUE D'APPLICATION.

J'arrive à la technique, et je distingue les caries des 3e et 4e degrés.

Dans les 3e degrés, je n'ai apporté aucun changement important à ma manière de faire ; cela s'explique puisqu'ici on ne se trouve pas en présence de produits ammoniacaux, la pulpe n'ayant pas subi de dégénérescence putride. Je répète donc ce que je vous disais dans ma première communication. La pulpe mise à découvert est dévitalisée par l'acide arsénieux. Dans un deuxième pansement, la carie largement ouverte est débarrassée de tous les vestiges de dentine ramollie ; la chambre pulpaire et les canaux radiculaires, si possible, sont nettoyés avec soin et débarrassés de toutes les parties de la pulpe dévitalisée qui peuvent être atteintes. La cavité. soigneusement détergée avec des tampons et des mèches imbibés de solution de formaldéhyde à 50 0/0, est desséchée fortement tandis qu'elle est encore mouillée par le formol. On effectue cette dessication au moyen de la poire à air chaud et de fils d'argent fin chauffés au thermocautère à une température qui dépasse 50°. Dans ces conditions, la solution de formaldéhyde se volatilise et stérilise d'une façon complète, non seulement les canaux, mais encore les portions de dentine immédiatement périphériques.

Pour plus de certitude, je fais généralement un second pansement semblable, avant de procéder à l'obturation.

C'est pour le 4e degré que j'ai apporté des changements importants, en faisant intervenir l'essence de géranium comme antiputride et la chaleur pour augmenter la puissance antiseptique du formaldéhyde.

Voici comment je procède :

J'ouvre convenablement la chambre pulpaire et, au moyen de tampons et de mèches à sec, je la débarrasse soigneusement, ainsi que les canaux radiculaires, autant que cela est possible, des matières putrilagineuses qu'ils contiennent. Quand les mèches introduites dans les canaux accessibles en sortent à peu près immaculées, je fais entrer en aussi grande quantité qu'il est possible, au moyen de nouvelles mèches imbibées de formaldéhyde, le liquide dans les canaux, puis, au moyen de fils d'argent chauffés au-dessus de 50° par le thermocautère, je volatilise complètement le liquide. Je répète dans la même séance deux ou trois fois cette volatilisation de la solution de formaldéhyde ; cela fait, je prépare des mèches formol-géranium en trempant les équarrissoirs garnis de coton dans le formol d'abord, puis dans l'essence. Les mèches ainsi préparées sont introduites au fur et à mesure dans les canaux accessibles, pour y être laissées jusqu'à la séance suivante. En même temps, un tampon formol-géranium est placé dans la chambre pulpaire au-dessus de tous les canaux ; le tout est recou-

vert d'un pansement imperméable (teinture résineuse alcoolique concentrée, gutta-percha, etc.). Deux ou trois jours après, on procède à un second pansement, en renouvelant l'introduction et la volatilisation du formaldéhyde, comme dans le premier pansement, et en plaçant dans les canaux et la chambre pulpaire les mêmes mèches et tampon formol-géranium.

On recommence un 3e et même un 4e pansement si cela est nécessaire.

Pour reconnaître que la stérilisation est atteinte, c'est l'essence de géranium qui sert de réactif, son parfum est doux et fort délicat, et la moindre trace d'odeur fétide est décelée par l'altération qu'il subit.

Lors donc que l'odeur du pansement qu'on retire est parfaitement nette, on pourra procéder à une obturation d'épreuve à la gutta-percha, se réservant de procéder à l'obturation définitive au bout de dix à quinze jours, si aucun accident n'est survenu.

Je conclus : les résultats que j'obtiens depuis que je fais usage du formaldéhyde associé à l'essence de géranium m'autorisent à préconiser fortement l'emploi de ce traitement. J'ai eu l'occasion dans ma clientèle de rencontrer des sujets qui avaient été soumis à des traitements sérieux, soit par l'iodoforme, soit par d'autres antiseptiques, et chez lesquels s'étaient produits des accidents que je n'ai pas eu à relever avec le traitement que j'indique.

---

Nous publions aujourd'hui un nouvel et intéressant article de M. le Dr Galippe, qui a eu l'amabilité de nous prêter les clichés destinés à l'illustrer.

N. D. L. R.

# NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYPERTROPHIE DU CÉMENT, ENVISAGÉE EN PARTICULIER COMME CAUSE DE NÉVRALGIES REBELLES.

Par M. le Dr V. Galippe.

Observation I. — Mme D..., âgée d'une quarantaine d'années, rhumatisante, nerveuse, excitable, ayant eu, en outre, de grands chagrins, avait ressenti brusquement, il y a une vingtaine d'années, des douleurs vives au niveau de plusieurs de ses dents. Ces douleurs, faibles au début, avaient un caractère de continuité exaspérant. Subitement et sous l'influence des causes les plus diverses, chaleur à la tête ou abaissement de température, ces douleurs prenaient un caractère d'exacerbation très pénible. Les émotions morales retentissaient également sur ces névralgies dentaires : la période menstruelle elle-même, surtout quand elle touchait à sa fin, exerçait aussi une influence sur l'acuité de la douleur. Pendant longtemps il fut impossible à la malade de mastiquer du pain ou de la viande. Les douleurs névralgiques durèrent pendant trois années avec des périodes d'intensité variées, et résistèrent à toutes les interventions thérapeutiques. Depuis, même dans

les périodes de calme, la malade se plaint d'une sensation bizarre et sourde, au niveau des dents ; elle accuse une sorte de *frémissement* douloureux dans la région des racines, et les dents même ne présentant aucune carie, sont douloureuses au contact. Quand cette douleur n'existe pas, Mme D... ressent, en rapprochant les dents, cette sensation cotonneuse qu'accusent fréquemment les arthritiques et les rhumatisants, surtout le matin.

Plusieurs dents s'étant cariées et ayant été obturées, les douleurs recommencèrent avec plus d'intensité que jamais. Je fus mis en rapport avec cette malade pour un kyste développé au niveau de la première grosse molaire inférieure gauche. L'extraction fut faite et la malade guérit, localement au moins, car les douleurs névralgiques persistaient toujours. Les douches, le bromure de potassium, l'antypirine, la quinine, ne produisaient aucun effet. Je ne fus pas plus heureux avec le traitement local. La malade réclamait avec instance l'extraction de celles de ses dents qui étaient particulièrement douloureuses. La connaissant névropathe, et ayant eu déjà à soigner des malades atteints d'*obsession dentaire* (*Recherches et notes originales*, 1889-90, p. 193 et suivantes), je résistai énergiquement tant que je le pus. On conçoit aisément que la situation d'un médecin en présence d'un malade qui souffre sans qu'on puisse le soulager, soit très difficile, et je finis par consentir à pratiquer l'extraction de deux des dents que je jugeais le plus gravement compromises (2e gr. m. s. dr. et 1re p. m. s. g.). Les extractions furent très pénibles. Après ces extractions, les douleurs disparurent petit à petit à ce niveau, à la grande satisfaction de la malade ; mais elles se réveillent quand les dents voisines deviennent douloureuses, En dehors des dents cariées et extraites, les dents, saines en apparence, restent douloureuses, rien qu'en passant le doigt sur le rebord alvéolaire, principalement au niveau des dents appartenant au maxillaire supérieur ; l'intensité de ces douleurs est subordonnée aux incidents dont j'ai indiqué plus haut les principaux.

La malade ne peut supporter aucune obturation métallique dans les dents. J'ignore quelle part il faut faire dans ce cas à l'imagination. Depuis deux ou trois années les douleurs ont diminué d'une façon notable, et l'existence de la malade est plus calme. Il est probable que cette amélioration est due à des conditions générales meilleures bien plus qu'à l'iodure de potassium, que la malade prend à petites doses. Je redoute pour elle la ménopause, et je m'attends à voir les accidents névralgiques se réveiller avec une intensité nouvelle, sous l'influence d'accidents congestifs, si fréquents à cette période de la vie féminine.

La muqueuse buccale ne présente rien de particulier si ce n'est une desquamation épithéliale assez intense au niveau des gencives supérieure et inférieure.

*Examen microscopique* (1re p. m. s. g.)

Hypertrophie irrégulière du cément ayant, en de certains points, envoyé des prolongements dans la dentine. Dans les parties hypertrophiées on trouve des fibres de Sharpey qui ne sont autres que des faisceaux ligamenteux englobés dans le travail de néoformation.

Du côté de la cavité pulpaire agrandie par place on trouve, principalement au voisinage de l'apex, des néoformations dentinaires, fixées sur la paroi ou faisant saillie dans la cavité.

La dent ayant été soignée, la région cariée a été enlevée mécaniquement, et l'on ne trouve plus de microbes, excepté dans quelques points. On n'en retrouve pas davantage dans les canalicules, non plus que dans

la cavité pulpaire. Cette dent était donc relativement peu infectée.

On conçoit que l'envahissement du ligament par les néoformations cémentaires ne se fasse pas sans que les nerfs du ligament soient comprimés, et cette compression peut être considérée comme amenant ces douleurs dont la malade a si cruellement souffert. On conçoit également que la thérapeutique soit jusqu'ici complètement impuissante contre ces manifestations douloureuses.

Sur une première grosse molaire supérieure gauche extraite ultérieurement à la même malade avec beaucoup de difficulté et non sans avoir enlevé en même temps un petit fragment du rebord alvéolaire, nous avons constaté, sur le point contigu au fragment de maxillaire enlevé, une néoformation cémentaire considérable ayant profondément envahi le ligament qui, en ce point, est extrêmement réduit.

Dans la cavité pulpaire on trouve également des néoformations de dentine secondaire.

*Examen microscopique* (2e gr. m. s. dr.)

Hypertrophie cémentaire considérable, envoyant à la fois des prolongements du côté de la dentine et vers le ligament. *Celui-ci est très réduit.*

Dans le canal radiculaire, il s'est d'abord superposé à la dentine normale une couche de dentine secondaire à canalicules flexueux et élargis. A cette assise de dentine secondaire s'est superposée à son tour une couche de cément. Le travail néoformatif a été suivi d'un travail destructif, ayant déterminé des anfractuosités : 1° dans le cément ; 2° dans la dentine secondaire ; 3° dans la dentine normale. Ces phénomènes destructifs s'observent seulement par places.

En résumé, ces trois dents étaient le siège d'un processus néoformatif cémentaire considérable, ayant amené des compressions nerveuses du côté du ligament. Il est probable que le même travail se fait du côté des dents existant actuellement dans la bouche de la malade, et que les mêmes causes amènent les mêmes effets.

Observation II. — Mme P... (*Petite mol. supér. gauche*). Cette malade était atteinte de pyorrhée alvéolaire. A plusieurs reprises, elle avait été soignée pour des crises de mélancolie. C'est une héréditaire. Autant en raison de son état mental particulier que sous l'influence de douleurs névralgiques intenses qu'elle ressentait, cette dame n'avait pris aucun soin de sa bouche, et l'on comprend facilement qu'elle ait perdu la presque totalité de ses dents. Celles qui lui restaient la faisaient souffrir. Je fus assez heureux pour réussir à l'en débarrasser.

*Examen microscopique* (1re p. m. s. p.).

A une certaine distance du collet de la dent, le cément présente une hypertrophie assez brusque. L'hypertrophie s'est produite dans l'épaisseur du cément normal, de telle sorte que l'on trouve, dans le point où débute l'hypertrophie, une couche de cément normal à la surface de la partie hypertrophiée, et une autre couche de ce même cément normal entre celle-ci et la dent. La partie superficielle restée saine disparaît à peu de distance du point hypertrophié, tandis que la couche profonde comprise entre la partie hypertrophiée et la dent se prolonge assez loin, presque jusqu'à l'extrémité de la racine.

La partie hyprtrophiée est formée de couches concentriques formant des stratifications en général assez régulières. Cependant, en plusieurs points, on trouve des couches brusquement interrompues, et à ce niveau les couches extérieures à celles-ci sont venues combler la perte de substance qui s'était produite dans la couche la plus profonde. Ce fait

prouve que le travail de néoformation a été interrompu à certains moments par un travail destructif qui a fait place ensuite au travail prédominant de néoformation.

Du reste, quand on examine la surface de la paroi hypertrophiée, au voisinage du sommet de la racine, on remarque des encoches plus ou




Fig. 16. — 1, Dentine. 2, Cément fibreux détaché artificiellement de la dentine. 3, Cément osseux hypertrophié. — Grossissement : 60.

moins profondes, ce qui prouve qu'au moment où la dent a été enlevée, il se faisait à ce niveau un travail de résorption.

Dans l'épaisseur de la partie hypertrophiée et principalement au voisinage du sommet de la racine, on trouve, outre les cavités ostéoplastiques à bords nets, à prolongements dirigés dans plusieurs sens, des figures allongées, généralement disposées perpendiculairement à la surface de la racine, ayant sur les coupes colorées au picro-carmin un aspect un peu plus rosé que la substance cémentaire elle-même, et res-

semblant à des fibres de Sharpey Comme elles occupent une étendue beaucoup plus considérable que dans le cément normal, il faut en conclure que dans ce cas, de même que nous l'avons déjà observé (Obs. I), nous nous trouvons en présence d'un ligament envahi par l'hypertrophie cémentaire, et comme, d'autre part, ces fibres sont en moins grand nombre qu'à l'état normal, il faut en conclure qu'une partie des faisceaux ligamenteux a été détruite. Mais on conçoit que ces lésions du ligament ne se soient point faites sans provoquer des réactions douloureuses, et nous trouvons probablement dans ce fait l'explication des douleurs accusées par la malade.

Les anfractuosités décrites à la surface du cément sont comblées par des microbes ; dans d'autres points il y a également à la surface un gazon épais, constitué par des filaments de leptothrix.

La pulpe a complètement disparu ; la face interne de la cavité pulpaire présente des anfractuosités correspondant à des destructions pathologiques, d'autant plus qu'on trouve des microbes dans ces anfractuosités et qu'on voit des parasites pénétrer profondément dans les canalicules.

Cette malade est très rhumatisante, et peut-être l'hypertrophie du cément est-elle la conséquence de cette affection. Puisque la dent constitue avec le maxillaire une véritable articulation, il peut s'y produire, comme nous le voyons dans les articulations osseuses, et cela sous l'influence du rhumatisme, une hypertrophie osseuse. Cette hypertrophie cémentaire pourrait donc n'être qu'une des conséquences du rhumatisme chronique.

Observation III. — 1re gr. m. s. g. — Cette dent est une pièce de collection, et son histoire clinique est très incomplète. Elle a été extraite à la suite de tentatives infructueuses de conservation et parce qu'elle était la cause de périostite chronique.




Fig. 17. — 1, Couronne. 2, Cavité de la carie pénétrant jusqu'au voisinage de l'intersection des racines. 3-3, Racines. 4-4, Cément légèrement hypertrophié recouvrant la face extérieure des racines. 5, Cément hypertrophié réunissant les deux racines.

La couronne présente une carie profonde allant jusqu'à l'espace interradiculaire. Les deux racines externes étaient réunies par une sorte de cloison ayant l'apparence du cément.

En allant du collet de la dent à l'extrémité d'une des racines, on voit les lésions suivantes : dans l'épaisseur même du cément à peu de distance du collet, on constate l'existence d'une couche de nouvelle formation, formant comme une nappe continue. Cette nappe présente des sortes

de mamelons s'enfonçant dans la partie du cément qui tapisse la dent. Le cément présente à leur niveau des capacités où ils sont logés.

Ces mamelons ont un aspect différent de celui de la couche de cément de nouvelle formation. Ils ont un aspect granuleux rappelant celui des colonies microbiennes, et il est probable que ces colonies, en s'infiltrant dans le cément, ont été la cause de l'inflammation ci-dessus décrite. Toutefois, il faut ajouter que les procédés qui mettaient parfaitement en évidence les parasites de la carie n'ont pu colorer ces colonies. Ce ne serait pas une raison pour rejeter cette hypothèse; il se pourrait qu'ayant été minéralisées ou calcifiées, comme on le dit couramment, elles aient perdu la faculté de fixer la matière colorante, ou encore qu'elles ne soient pas colorables par les procédés employés ; mais la première hypothèse est la plus vraisemblable.

En s'enfonçant plus profondément du côté de la racine, la couche de cément nouvellement formée devient de plus en plus épaisse. On y distingue des cavités ostéo-plastiques ; les mamelons sont en outre plus nombreux que précédemment, et s'enfoncent plus profondément. Ils ont détruit complètement l'ancien cément, et même ont pénétré dans la dentine. Plus profondément encore, on ne voit plus que ce nouveau cément, ayant pénétré plus ou moins loin dans la dentine, dont elle est séparée par une ligne onduleuse.




Fig. 18. — 1, Dentine. 2, Cément hypertrophié disposé en couches empiétant les unes sur les autres. 3, Cément ayant pénétré dans la dentine. — Grossissement : 100.

Le cément présente lui-même dans son épaisseur des lignes irrégulières, formant des stratifications. Les lésions nous montrent donc qu'à un moment donné il y a eu un travail inflammatoire ayant détruit le cément normal et une partie de la dentine, et que ces tissus ont été remplacés secondairement par du cément de nouvelle formation. Les lésions sont comparables à ce que l'on trouve dans certaines formes d'ostéite raréfiante et condensante. Il y a lieu aussi de remarquer que ces lésions sont beaucoup plus avancées du côté de l'extrémité de la

racine que du côté du collet, comme si la maladie avait débuté par le sommet de la racine et était remontée vers le collet.

Si nous passons maintenant à l'examen du tissu réunissant, comme une sorte de voile osseux tendu entre elles, les deux racines, nous constatons d'abord qu'il se continue sans interruption avec celui que nous venons de décrire. Il se compose du tissu cémentaire qui, au lieu d'être disposé en couches régulières, parallèles entre elles, présente des irrégularités, lignes ondulées, circulaires, etc. Le tissu a également envahi la dentine des racines entre lesquelles il est interposé. On y distingue encore par places des cavités irrégulières plus ou moins volumineuses, Dans les plus grandes on remarque des faisceaux fibreux réfringents, pénétrant dans le cément, comme ceux du ligament alvéolo-dentaire, des vaisseaux et même des débris épithéliaux paradentaires, ce qui prouve bien qu'on a sous les yeux les restes du ligament normal, lequel a été en majeure partie détruit par la néoformation cémentaire. Dans les cavités plus petites on trouve seulement un vaisseau avec un peu de tissu conjonctif.

En résumé, nous avons donc ici le produit d'un travail pathologique semblable à celui que nous avons décrit précédemment, et non une difformité congénitale, comme on serait tenté de le croire au premier abord, et, comme la néoformation est encore plus considérable, il y a lieu de supposer que c'est en ce point que la lésion a débuté ou tout au moins qu'elle a eu son maximum d'effet. Comme, d'autre part, la cavité de la carie est très profonde et a presque gagné l'espace interradiculaire, il serait possible que là fût le point de départ de l'inflammation néoformative. On aurait donc le schéma suivant qui rendrait bien compte des lésions observées :

1° carie pénétrante ; 2° inflammation consécutive interradiculaire ; 3° destruction d'une partie du ligament du cément et de la dentine, remplacés par une production exagérée de cément ; 4° propagation de la maladie à la racine, allant des parties profondes aux superficielles, et produisant les mêmes lésions de moins en moins accusées.

Dans ce cas également, les nerfs du ligament dans la région envahie par la néoformation cémentaire ont dû être comprimés et provoquer de la douleur.

Observation IV. — Racine provenant de la malade faisant le sujet de l'observation II, et ayant provoqué, comme la petite molaire, de violentes douleurs névralgiques.

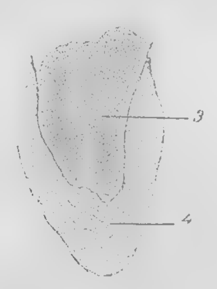



Fig. 19. — 3, Racine. 4, Cément hypertrophié.

Les lésions sont surtout accentuées au sommet de la racine. Le cément au-dessous du collet (la couronne et une partie de la racine ayant été détruites par la carie) est encore normal.

Le cément n'a pas pénétré la dentine, qui ne présente pas d'enfonce-

ments, comme dans le cas précédent ; il n'y aurait donc pas eu d'inflammation suffisante pour détruire la dentine. Dans le cément on trouve des couches qui sont en général parallèles les unes aux autres. Cependant on constate souvent l'existence de couches qui ont été détruites, puis remplacées par un nouveau dépôt de cément ; en sorte que, si l'inflammation n'a pas détruit la dentine et a produit des hypertrophies cémentaires, elle a cependant par places produit des destructions de l'ancien cément ou du nouveau, et les parties détruites ont été remplacées par des couches cémentaires plus nouvelles.

En résumé, nous avons encore eu ici de la cémentite raréfiante, puis condensante.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

*Réunion du 6 juillet 1897.*

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de l'avant-dernière séance est adopté.

### I. — Le formaldéhyde associé a l'essence de géranium en thérapeutique dentaire, par M. de Marion.

*M. de Marion* donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*).

### Discussion.

*M. Godon.* — L'iodoforme donne des résultats qui ne sont pas toujours satisfaisants, et on rencontre souvent de nouveaux accidents; il est donc souhaitable de trouver d'autres antiseptiques. Depuis combien de temps employez-vous le formaldéhyde?

*M. de Marion.* — Depuis 1894. Je m'étais aperçu de la longueur des traitements par le formaldéhyde pur; mais, grâce aux renseignements que m'a fournis M. Potdevin, j'ai été mis sur la voie des traitements des caries du 4e degré. Le formaldéhyde étant neutralisé par les produits ammoniacaux, pour peu que la carie ne soit pas bien désinfectée, l'odeur du géranium sent presque mauvais; au bout de quelques pansements, on s'aperçoit que la carie est prête à être stérilisée.

*M. Legret.* — Il n'y a pas d'inconvénients dans les canaux?

*M. de Marion.* — Non.

*M. Legret.* — Je ne bouche jamais les canaux.

*M. de Marion.* — Certains de nos confrères prétendent toujours y pénétrer.

*M. Godon.* — Une période de 2 ans n'est pas suffisante pour juger un antiseptique. Le plus ou moins de rapidité avec lequel on obtient l'antisepsie est un autre moyen de juger un antiseptique. Dans quelle proportion avez-vous vu diminuer le nombre des pansements que vous êtes obligé de faire dans les caries infectées?

*M. Weber.* — Vous n'avez pas employé le formol dans d'autres

circonstances, les coiffages, par exemple? Un nouveau produit est entré dans la pratique dentaire.

*M. de Marion.* — Il ne faut jamais placer de formol sur la pulpe vivante, car l'effet douloureux est extraordinairement violent; en effet, quand un petit récipient de verre est assujetti à la peau, les vapeurs de formol suffisent à produire une escarre.

*M. Weber.* — Vous voulez atténuer la causticité du formol?

*M. de Marion.* — Les antiseptiques ne pénètrent pas assez dans les canalicules dentinaires. On tend à abandonner la stérilisation par l'acide sulfureux pour employer les vapeurs de formol, car ce dernier a une supériorité beaucoup plus grande, à une température plus élevée; il est considéré comme un corps éminemment antiseptique.

*M. de Marion.* — On obture des dents en une séance, dit-on; dans ce cas pas n'est besoin d'antiseptique. Quand les canaux sont très perméables, celles qui ont un canal unique sont très faciles à désinfecter.

J'ai eu occasion de traiter des fistules d'origine dentaire en pratiquant simplement l'antisepsie mécanique.

## II. — De l'insuffisance nasale et de ses conséquences en odontologie, par M. le Dr Henri Mendel.

*M. le Dr Henri Mendel* fait une conférence sur ce sujet (V. *Travaux originaux*).

*M. Papot.* — Nous remercions M. le Dr Mendel de sa très intéressante communication et des indications nouvelles qu'elle nous apporte.

## III. — Présentation de savons dentifrices, par M. Godon.

*M. Godon.* — M. André, pharmacien, m'a demandé de vous présenter des savons qu'il prépare pour l'usage de la bouche. Je m'en suis servi et m'en suis bien trouvé.

Cette question des dentifrices s'est beaucoup modifiée depuis quelques années, comme celle de la médication, par exemple; ainsi, autrefois on employait des dentifrices au miel, sans songer que le miel est nuisible aux dents.

Le choix d'un bon dentifrice, dans l'hygiène comme dans la thérapeutique des affections de la bouche et des dents, présente un intérêt évident, et l'on doit convenir que, dans bien des cas, soit qu'il s'agisse des affections des gencives ou de la muqueuse buccale, soit que l'on ait affaire à un état acide des liquides buccaux amenant des caries multiples du collet des dents, il est difficile de trouver dans les préparations dentifrices actuelles les agents médicamenteux destinés à combattre ces affections.

M. André semble avoir comblé une lacune en incorporant au savon les médicaments reconnus les plus efficaces dans le traitement de ces maladies.

Pour répondre aux principales indications que peut fournir l'état

de la cavité buccale, M. André a donc préparé trois sortes de savons :

1° Un savon dentifrice *neutre* à l'acide thymique ;

2° Un savon dentifrice à la *magnésie boratée* et à l'acide thymique ;

3° Un savon dentifrice au *chlorate de potasse* et à l'acide thymique.

Le premier de ces savons est destiné à la toilette ordinaire de la bouche et remplace les dentifrices communs, poudres ou pâtes, dont l'action détersive est très inférieure à celle du savon. En effet, il en est de la muqueuse de la bouche comme des autres muqueuses et comme de l'épiderme des diverses parties du corps : le savon en est l'agent de nettoyage le plus sûr et le plus efficace. Cet agent est employé, d'ailleurs, depuis longtemps, à l'étranger, comme dentifrice. C'est ainsi qu'en Angleterre on fait usage de petits savons spéciaux dans la toilette de la bouche.

Le savon dentifrice neutre à l'acide thymique de M. André à l'avantage de présenter un goût agréable; car, en raison de sa composition et des parfums qu'il contient, le goût du savon proprement dit se trouve effacé. De plus, sa forme et sa consistance, qui sont celles des savons de toilette ordinaires, le rendent très maniable, peu encombrant, facile à conserver et à transporter.

Quant aux autres savons médicamenteux, nous pensons qu'ils sont destinés à rendre aux malades de réels services. Leurs formules sont à tous égards excellentes; et l'action des agents thérapeutiques qu'ils contiennent est d'autant plus sûre et d'autant plus rapide que, en raison du pouvoir détersif du savon, ils prennent plus aisément contact avec les parties malades sur lesquelles ils doivent agir.

Voici les formules de ces diverses préparations :

*1° Savon dentifrice neutre à l'acide thymique.*

| | | |
|---|---|---|
| Savon extra-blanc, bien neutre | 25 gr. | » |
| Miel blanc du Gâtinais | 4 | » |
| Glycérine neutre à 30° | 2 | » |
| Gomme adragante | 2 | » |
| Saccharine (deux centigrammes et demi) | 0 | 025 |
| Carmin n° 40 (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| Carbonate de strontiane | 67 | » |
| Essence de menthe anglaise (un gramme soixante centigrammes) | 1 | 60 |
| — d'anis vert (quatre-vingts centigrammes) | 0 | 80 |
| — de cannelle de Ceylan (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de girofle (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de rose d'Orient (dix centigrammes) | 0 | 10 |
| Acide thymique (vingt centigrammes) | 0 | 20 |

*Usage.* — Toilette ordinaire de la bouche.

*2° Savon dentifrice à la magnésie boratée et à l'acide thymique.*

| | | |
|---|---|---|
| Savon extra-blanc, bien neutre | 25 gr. | » |
| Miel blanc du Gâtinais | 4 | » |
| Glycérine neutre à 30° | 2 | » |
| Gomme adragante | 2 | » |
| Saccharine (deux centigrammes et demi) | 0 | 025 |

| | | |
|---|---|---|
| Solution d'éosine à 5 0/0 (soixante-six centigrammes) | 0 gr. | 66 |
| Jaune australien à 5 0/0 (treize centigrammes) | 0 | 13 |
| Magnésie calcinée | 10 | » |
| Borate de soude | 5 | » |
| Carbonate de strontiane | 52 | » |
| Essence de menthe anglaise | 1 | 60 |
| — d'anis vert (quatre-vingts centigrammes) | 0 | 80 |
| — de cannelle de Ceylan (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de girofle (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de rose d'Orient (dix centigrammes) | 0 | 10 |
| Acide thymique (vingt centigrammes) | 0 | 20 |

*Usages.* — Savon alcalin, destiné à combattre l'état acide des liquides buccaux et la carie dentaire.

3° *Savon dentifrice au chlorate de potasse et à l'acide thymique.*

| | | |
|---|---|---|
| Savon extra-blanc, bien neutre | 30 gr. | » |
| Miel blanc du Gâtinais | 5 | » |
| Glycérine neutre à 30° | 3 | » |
| Gomme adragante | 2 | » |
| Saccharine (deux centigrammes et demi) | 0 | 025 |
| Eosine à 5 0/0 (soixante-six centigrammes) | 0 | 66 |
| Jaune australien à 5 0/0 (cinq centigrammes) | 0 | 05 |
| Chlorate de potasse pulvérisé | 6 | » |
| Carbonate de strontiane | 54 | » |
| Essence de menthe anglaise | 1 | 60 |
| — d'anis vert (quatre-vingts centigrammes) | 0 | 80 |
| — de cannelle de Ceylan (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de girofle (quinze centigrammes) | 0 | 15 |
| — de rose d'Orient (dix centigrammes) | 0 | 10 |
| Acide thymique (vingt centigrammes) | 0 | 20 |

*Usages.* — Gingivites aiguës ou chroniques, arthrite alvéolo-dentaire, stomatites, lésions buccales d'origine spécifique.

*
* *

Ces formules me paraissent bien combinées. Je ferai pourtant une réserve en ce qui concerne la présence du miel, quoiqu'il soit en très petite quantité.

Discussion.

*M. de Marion.* — J'ai eu occasion de soigner une gingivite assez grave chez quelqu'un qui a été complètement débarrassé par le savon antiseptique André.

*M. Martinier.* — En général le dentiste se préoccupe peu de la bouche du patient pour le choix du dentifrice, et prescrit celui qui est le plus agréable au goût; or, le savon est le dentifrice le plus approprié, mais en même temps, il convient d'adopter certains antiseptiques buccaux. Si l'on suit une hygiène rationnelle en faisant usage des dentifrices, on peut obtenir une certaine amélioration de ce côté; et il faut avoir des dentifrices pouvant répondre à des besoins momentanés. Le dentiste devrait prescrire au point de vue des poudres, des opiats, tous ceux dont l'indication est donnée par la bouche.

*M. Mendel Joseph.* — Je ne pense pas que M. de Marion ait pu

guérir une gingivite avec du savon même à base médicamenteuse. J'estime que les dentifrices ne constituent que la thérapeutique prophylactique, et que leur indication n'est nullement curative.

*M. de Marion.* — M. Mendel Joseph a raison. C'était une gingivite mercurielle; mais elle aurait duré plus longtemps si l'on n'avait pas employé le savon. Actuellement on emploie le traitement, et on se sert de savon aussi. On fait des savons spéciaux au sublimé qu'on expérimente dans le service du Dr Fournier pour le traitement des gingivites mercurielles.

*M. Papot.* — Le traitement des gingivites mercurielles par le sublimé n'est pas nouveau; je me souviens que M. Jeay, se rappelant un passage d'une de mes leçons cliniques, a présenté ici un travail sur le traitement de ces maladies, par le bichlorure de mercure.

## IV. — Observations de traitement de kystes volumineux de la machoire supérieure, par M. Heïdé.

*M. Papot.* — M. Heïdé, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, a confié son manuscrit à M. Weber; voulez-vous autoriser celui-ci à le lire?

L'assemblée, consultée, répond affirmativement.

*M. Weber* donne lecture de ce travail.

### Discussion.

*M. de Marion.* — Il est regrettable que des communications de cette importance ne soient pas lues par leurs auteurs, car on ne peut les discuter.

Sur la proposition de *M. Papot*, la discussion et la publication de cette communication sont ajournées à la prochaine séance, c'est-à-dire en octobre.

*M. de Marion.* — J'ai lu dans le dernier numéro de l'*Odontologie* la communication de M. le Dr Millon; seulement, quand celui-ci nous l'a présentée, elle était déjà publiée dans un autre journal, tandis que quand un membre de la Société fait une communication, si elle a déjà paru, elle n'est pas publiée.

*M. Papot.* — La communication de M. Millon était en manuscrit, les deux premières parties du moins.

*M. Godon* — La troisième est extraite d'un ouvrage en cours de publication qui n'a pas encore paru.

*M. de Marion.* — Je demande que les membres de la Société soient traités de même.

*M. Martinier.* — M. de Marion est sévère, puisque l'article n'a pas paru dans un journal. Quand nous faisons un article original, dès que nous l'avons lu ici, nous avons le droit de le faire publier partout.

La séance est levée à 11 heures.

*Le secrétaire général,*
A. Loup.

# Revue de Thérapeutique

## I. — Emploi de l'holocaïne en ophtalmologie.

M. E. Berger a communiqué à la Société de Biologie ses premiers essais qui sont les suivants :

En solution à 1 0/0, l'instillation dans l'œil produit une anesthésie du globe pendant 18 à 20 minutes sans provoquer aucun des symptômes fâcheux de l'anesthésie cocaïnique (mydriase, troubles de l'accommodation) ou eucaïnique (hyperémie forte, hypersécrétion lacrymale). Malgré la grande toxicité de l'holocaïne, il n'a jamais pu constater de symptômes d'intoxication à la suite de l'emploi de cet alcaloïde, même chez les enfants. L'association de la cocaïne avec un myotique augmente l'action de ce dernier, ce qui ne s'observe pas si le myotique est associé à l'holocaïne : la cocaïne, en effet, produit par le desséchement de l'épithélium du myotique est favorisée ; ces éraillures constituent également des portes d'entrée pour les microbes pyogènes. En revanche, elles ne se développent pas dans l'œil holocaïnisé, dont l'humidité n'est nullement altérée.

## II. — Le traumatol.

Encore un nouvel antiseptique qu'il convient d'indiquer aux intéressés. Plus d'iodoforme! Du traumatol, désormais. C'est la nouveauté à la mode en chirurgie et dans le traitement des affections cutanées. Quand le regretté professeur Verneuil venait le lundi à l'Académie des Sciences, il était superflu de demander s'il était arrivé et s'il avait pris place. La salle des séances était envahie par une odeur forte, caractéristique et désagréable. On aurait pu suivre Verneuil à la trace partout où il allait. Il sentait l'iodoforme du premier de l'an à la Saint-Sylvestre. L'iodoforme a une odeur que ne peuvent supporter certaines personnes. Ce n'est pas son seul défaut. Il est toxique et peut produire des éruptions et même des accidents plus graves. On a essayé au moins de lui enlever son odeur nauséabonde en le mélangeant au tannin ; mais le tannin se décompose, et les tentatives dans cette direction ont échoué. On a cherché ensuite à utiliser d'autres produits, moins riches en iode, ou des dérivés d'alcaloïdes, des combinaisons organiques des méltaux, des combinaisons avec l'argent, l'argentol, l'itrol, l'airol, etc. Ils sont tous inférieurs à l'iodoforme pour le pouvoir antiseptique, et présentent à peu près les mêmes inconvénients. Ils ne sont pas entrés dans la pratique.

M. Kraus, après de laborieuses recherches poursuivies en France, a eu la main plus heureuse ; il a découvert un produit dérivé iodé du crésol de la houille, beaucoup plus antiseptique que l'iodoforme et dépourvu de ses divers défauts. D'après les essais bactériologiques entrepris par divers chefs de clinique dans les hôpitaux de Paris, le pouvoir bactéricide du « traumatol » serait *six fois* supérieur à celui de l'iodoforme. Ainsi, des plaques de gélatine ensemencées de cultures de staphylococcus et saupoudrées d'iodoforme étaient complètement en putréfaction après quarante-huit heures. Les mêmes, saupoudrées de traumatol, étaient encore intactes au bout de onze jours.

On peut donc ne changer les pansements qu'à des intervalles de temps beaucoup plus longs avec le traumatol qu'avec l'iodoforme, ce qui a de

l'importance ; on a vu le plus souvent les plaies se cicatriser rapidement sous un seul pansement au traumatol. Le nouvel antiseptique n'est ni caustique, ni irritant, et possède une action anesthésique très prononcée. Il est dépourvu de toxicité, car des cobayes ont supporté des doses de traumatol six fois supérieures aux doses mortelles d'autres produits tels que le dermatol, l'iodoforme, l'airol, etc. Enfin, il coûte deux fois moins cher que l'iodoforme. (Congrès des naturalistes, 1896.)

Et l'odeur ? M. Kraus considère le traumatol comme inodore. Inodore ! il faudrait s'entendre à cet égard. Il ne sent pas atrocement mauvais, comme l'iodoforme ; mais il a bien aussi son petit parfum caractéristique. J'ai pris dans une pharmacie un échantillon de traumatol, un spécimen de vaseline au traumatol, etc., et je les ai placés dans une chambre. Eh bien, il y a une odeur, odeur qui, à petite dose, rappelle un peu la noix verte ; à dose moyenne, le crésol et le varech de la mer ; à haute dose, le crésol et l'iode. Au fond, ce n'est plus comparable à l'odeur si pénétrante de l'iodoforme. Peut-être même quelques personnes, qui aiment les cerneaux, la trouveront-elles agréable ? Mais je n'en jurerais pas !

Quoi qu'il en soit, le traumatol a déjà fait ses preuves. Il est employé un peu partout déjà avec succès dans la grande et la petite chirurgie. Il a fait l'objet de plusieurs thèses très favorables, et il se répand dans les hôpitaux civils et militaires. Va donc pour le traumatol, du moment qu'il peut avec avantage nous débarrasser de l'iodoforme !

*Revue Scientifique (Débats*, 24 juin).

## III. — Les succédanés de l'iodoforme.

Kœlbi, tout en proclamant la supériorité de l'iodoforme dans les opérations sérieuses, ne dissimule pas les désagréments de son odeur. A ce propos il fait une revue générale des substances qui peuvent le suppléer. Ces substances, d'après l'analyse que font les *Nouveaux Remèdes* du Mémoire du *Wiener medic. Press*, sont :

1° Iodol (trétaiodopyrrol). — Résorbé par les muqueuses malades aussi bien que par les muqueuses saines, il ne pénètre pas à travers la peau intacte. Il le cède en général à l'iodoforme comme médicament pour le traitement antiseptique des plaies. Toutefois les plaies traitées par l'iodol guérissent facilement et les sécrétions sont et restent inodores ;

2° Trichlorophénol. — D'après Dianine, ce serait le meilleur désinfectant à employer dans le traitement des plaies gangreneuses et des ulcères. La poudre sèche peut être prescrite pour saupoudrer ou recouvrir la plaie ; le pansement peut être conservé pendant 8 jours. L'odeur pénétrante du trichlorophénol est absolument masquée par l'essence de lavande ;

3° Tribromophénol. — Il est doué de propriétés antiseptiques très énergiques et active l'élimination des parties gangrenées. Saupoudré en trop grande quantité sur les plaies fraîches ou couvertes de granulations, il agit comme un caustique énergique. D'après Grimm, il influencerait favorablement les processus tuberculeux et atoniques ;

4° Tribromophénolbismuth. — Est prescrit avec succès comme le tribromophénol pour l'usage externe ; à l'intérieur, rend des services comme désinfectant du tractus intestinal ;

5° Préparation de sozoïodol. — Le sel sodique est, de toutes les préparations sozoïodoliques, le plus approprié pour être employé comme antiseptique. Il est très bien toléré par la peau ; appliqué sur les muqueuses, il provoque une sensation de brûlure peu accusée. — Le

sozoïodol potassique, qui est plus caustique que le sel sodique, n'est pas indiqué pour être appliqué sur des plaies fraîches. — Le sozoïodol hydrargyrique est un caustique très puissant ; aussi ne le prescrira-t-on qu'en solutions très diluées. Mais, en revanche, il est doué de propriétés antiseptiques très énergiques. — Le zinc sozoïodolé présente les mêmes indications que le sozoïodol solide ;

6° Sulfophénate de zinc. — Il n'est ni caustique ni toxique. Il diminue les sécrétions purulentes et hâte la guérison ;

7° Sulfaminol. — Il n'est ni toxique ni irritant. Il désodorise les sécrétions des plaies. Il est surtout indiqué pour les pansements secs ;

8° Aristol. — Il ne provoque pas de phénomènes secondaires fâcheux; mais, en revanche, son pouvoir antiseptique n'est pas bien considérable. Il agit comme antinévralgique, et est moins irritant que l'iodoforme. Est surtout indiqué en petite chirurgie ;

9° Euphorine. — Agirait comme antiseptique ; prescrite sous forme d'onguent pour le traitement des ulcères, du décubitus, des brûlures, etc., etc. ;

10° Pyoktanins. — Ce sont des antiseptiques non toxiques. Le pyoktanin bleu présente l'inconvénient de colorer d'une manière intense tout ce qui vient en contact avec lui.

(*Rev. de Thér. médic. chir.*)

### IV. — Gargarisme antiseptique (*M. E. Darbouet*).

| | |
|---|---|
| Liqueur de van Swieten................ | àâ 125 grammes. |
| Eau chloroformée...................... | |
| Essence de menthe..................... | Q. S. |

Mêlez. — Usage externe.

Ce gargarisme réussirait bien contre les angines infectieuses, les stomatites et les périostites alvéolo-dentaires.

(*Progrès médical.*)

### V. — Incompatibilité du chlorhydrate de cocaïne avec l'eau de laurier-cerise.

Il y a quelques années nous avons signalé le peu de stabilité et les inconvénients des solutions de cocaïne préparées à l'avance en général, et plus particulièrement les dangers d'intoxication en faisant usage de la combinaison de la cocaïne avec l'eau de laurier-cerise. Ce procédé a cependant été employé par beaucoup de praticiens, et nous connaissons bon nombre d'accidents survenus à la suite d'opérations pratiquées de cette façon.

Les expériences faites par M. Daclin confirment absolument notre manière de voir, et nous croyons qu'il est intéressant de publier un extrait de son travail, que nous lisons dans le *Répertoire de Pharmacie.*

M. Daclin a constaté que, si l'on prépare une solution de 0.20 pour 100 de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau de laurier-cerise, il se produit rapidement un trouble ; dans une solution à 3 pour 100, on voit apparaître un précipité. Le précipité qui se forme est du cyanhydrate de cocaïne ; M. Daclin l'a constaté en dosant l'acide cyanhydrique dans une solution de chlorhydrate de cocaïne, après séparation du précipité ; l'eau, qui contenait 0 gr. 496 d'acide cyanhydrique par litre avant son emploi, ne titrait plus que 0 gr. 216 après filtration.

Quant au précipité, M. Daclin l'a recueilli sur un filtre ; il l'a lavé, et il l'a repris ensuite par l'acide chlorhydrique dilué, qui l'a dissous, en même temps qu'il s'est dégagé une odeur d'acide cyanhydrique.

M. Daclin a eu un échantillon d'eau de laurier-cerise qui ne donnait pas de précipité avec le chlorhydrate de cocaïne ; il a eu l'idée d'essayer cette eau, et il a constaté qu'elle laissait un résidu fixe qui n'était autre chose que de la magnésie; cette eau de laurier-cerise contenait donc du cyanure de magnésium, et avait été vraisemblablement préparée avec de l'essence de laurier-cerise et de la magnésie.

Etant donné que la présence de la magnésie s'opposait à la précipitation de la cocaïne, M. Daclin a cherché si les solutions alcalines faibles de potasse, de soude ou de chaux se comporteraient comme la magnésie, et il a observé qu'en effet l'addition de ces alcalis empêche la précipitation de la cocaïne, ce qui s'explique par la formation d'un cyanure double soluble.

Le pharmacien qui aurait à préparer une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau de laurier-cerise, destinée à être injectée hypodermiquement, et qui ne voudrait pas, en filtrant la solution, s'exposer à donner une préparation ayant perdu une grande partie de son activité, aurait donc la ressource d'ajouter à la solution quelques gouttes d'eau de chaux, jusqu'à éclaircissement de la liqueur.

L'incompatibilité signalée par M. Daclin est d'un caractère qui permet au pharmacien de vérifier la qualité de l'eau de laurier-cerise qu'il achète ; si l'eau ne se trouble pas avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, c'est qu'elle n'est pas préparée conformément aux prescriptions du Codex. G. V.

## REVUE DES JOURNAUX RUSSES

Les regrets exprimés par l'*Odontologie* au sujet de la non-admission des dentistes en qualité de membres ordinaires au Congrès international de Moscou ont trouvé un écho de consolation dans l'organe médical *Wratch*. Ce journal rappelle que les pharmaciens participant au Congrès se trouvent dans une situation identique à celle des dentistes. Il considère cet état de choses comme légitime, par ce fait que le Congrès actuel de Moscou n'est en réalité qu'un Congrès de médecins. D'ailleurs, les décisions à ce sujet demeurent irrévocables.

*
* *

Les communications suivantes sont parvenues à la Section dentaire du Congrès de Moscou : Dr Morton (New-York), *la cataphorèse en art dentaire* ; Dr Rein (New-York), *la pyorrhée alvéolaire et la cataphorèse* ; Dr Sauvez (Paris), *des meilleurs moyens d'anesthésie en art dentaire* ; M. Poinsot (Paris), *hygiène des dents et de la cavité buccale*, — *l'anesthésie locale par la phénylcocaïne*, — *l'utilisation des courants électriques dans le traitement des caries compliquées*, — *les soins et l'obturation des dents à pulpe morte* ; Dr Bonwill (Philadelphie), *la pyorrhée alvéolaire* ; Dr Krausé (St-Pétersbourg), *la thérapeutique et l'obturation des dents sans pulpe* ; Dr Redard (Genève), *démonstration d'un nouvel or plastique* ; M. Poinsot, de *la fréquence des affections dentaires au cours des maladies nerveuses* ; Dr Timone (Berlin), *démonstrations d'exécution des appareils prothétiques en porcelaine et métaux* ; Lipshitz (Berlin), *de la fréquence de la carie dentaire chez les collégiens* ; Dr Bonwill, *aurification à l'aide de l'or Abbey*, — *des procédés simples de réduc-*

*tion des anomalies dentaires, — de la solidification des céments oxyphosphatés*, etc. ; Welin (Stocktholm), *la thérapeutique et l'obturation des canaux radiculaires* ; Dr Lepkowski (Krakoff), *des appareils à stérilisation par la formaline, — démonstration de préparations microscopiques du sytème vasculaire des organes dentaires.*

*
* *

Le docteur B.-P. Dserjawsky vient d'obtenir l'autorisation de publier un journal dentaire en langue polonaise et qui sera édité à Varsovie sous le titre de : *Pizeglad Dentystychony* (Revue dentaire).

Voici le programme sommaire de la nouvelle Revue :

1) Travaux consacrés aux questions scientifiques et pratiques de l'art dentaire ;

2) Travaux consacrés aux questions de médecine générale et de sciences naturelles ;

3) Observations de la pratique courante ;

4) Comptes rendus des Sociétés professionnelles ;

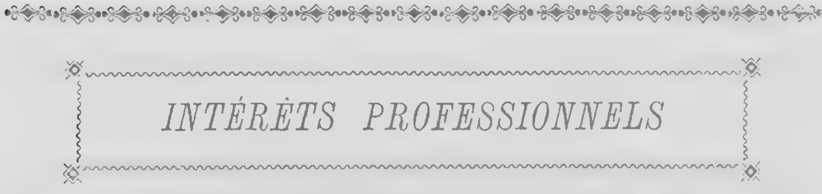
5) Revue de la presse périodique professionnelle ;

6) Etudes biographiques des représentants de la profession ;

7) Etudes des questions d'histoire professionnelle, etc.

(*Zubovrachebny Westnik*).

MENDEL JOSEPH.



# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## L'IDENTITÉ DES CADAVRES D'APRÈS LE SYSTÈME DENTAIRE.

Par M. E. SCHWARTZ, de Nîmes,

Président de l'Association des dentistes du Sud-Est.

L'article de notre ami M. G. Viau, publié dans l'*Odontologie*, du mois de mai dernier, sur *l'Identité des cadavres et les chirurgiens-dentistes*, était sous presse au moment où les membres de l'Association des dentistes du Sud-Est se réunissaient à Toulon, réunion à laquelle nous appelions l'attention de nos sociétaires sur la nécessité qu'il y a pour chacun de nous de relever les opérations faites dans chaque bouche. Nous évoquions, comme M. Viau, la terrible catastrophe du Bazar de la Charité et les difficultés qui surgirent pour la reconnaissance de certains cadavres dont l'identité légale n'aurait jamais pu être établie, sans l'intervention des chirurgiens-dentistes de la famille.

Les sinistres par les flammes sont heureusement rares, et nous espérons que les pouvoirs publics prendront des dispositions pour les éviter encore ; mais il y a d'autres sinistres à la suite desquels les victimes sont souvent méconnaissables : tels sont les accidents de

chemin de fer ou de navigation; dans ces derniers les eaux gardent souvent leur proie jusqu'à complète décomposition, et l'intervention du dentiste pour établir l'identité peut être utile, sinon indispensable.

Je suis heureux de me rencontrer avec M. Viau pour traiter un sujet intéressant notre corps professionnel. Mais tandis que M. Viau s'occupe de savoir si les pouvoirs publics doivent officiellement avoir recours aux dentistes pour les expertises de ce genre, nous nous occupions du relevé des opérations dentaires, car pour être appelés sous la foi du serment ou sur une simple affirmation, afin de déclarer reconnaître un cadavre d'après le système dentaire, il faut d'abord que nous prenions nos dispositions et être organisés pour cela. Or le nombre de dentistes qui stipulent le point, le numéro, la date et la nature d'une opération, est excessivement rare.

Pour engager tous les dentistes à le faire, nous avons présenté à l'assemblée un vœu qui a été adopté à l'unanimité; de plus, il a été décidé que ce vœu serait communiqué aux Sociétés dentaires de France.

Diverses méthodes sont suivies par nos confrères pour faire le relevé des opérations; de plus, les typographes et nos fournisseurs nous offrent souvent des spécimens de registres dont les dessins et l'organisation sont plus ou moins compliqués. Nous nous servons depuis plusieurs années d'un petit carnet de la moitié du format de l'*Odontologie*, dont chaque feuillet reçoit un numéro avec le nom du client; ce feuillet est divisé en 4 colonnes: la 1re contient un schéma en fer à cheval des deux mâchoires, la 2e le numéro de l'opération, la 3e la date, et la 4e la nature de l'opération. Comme on le voit, il n'est question ni de conventions ni d'honoraires. Ce libellé est reproduit sur un bristol dont le numéro correspond au feuillet; cette carte porte la mention: « Prière de rapporter la présente carte à chaque visite », — et elle est remise au client. Les opérations sont marquées; l'endroit soigné, qu'il soit mésial, distal, lingual, labial ou central, s'indique par un point d'où part une petite ligne qui reçoit un numéro d'ordre; puis la date et enfin la nature de l'opération. Cela se fait très rapidement, d'autant plus que l'on se sert d'abréviations sur le carnet.

Lorsqu'un nouveau patient se présente avec un certain nombre d'opérations déjà faites, et que nous avons la perspective de lui en faire d'autres à l'avenir, on établit sa situation et on date sa première visite.

Ce relevé de l'état des dents offre un avantage qui n'échappera à aucun de nos lecteurs: il vous empêche d'endosser la responsabilité d'un travail qui n'a pas été fait chez vous ou par vous, car en cas d'insuccès toute discussion devient impossible si vous pouvez établir d'une façon irréfutable l'existence d'une opération faite antérieurement.

Nous croyons que notre système est adopté par quelques-uns de nos confrères, mais il faut généraliser une méthode, afin qu'elle

soit en usage d'une façon constante; la mienne est simple et rapide, et peut être suivie par tout dentiste sans aucune hésitation.

Dans le cas où les pouvoirs publics devraient avoir recours aux dentistes pour la reconnaissance des cadavres dans des circonstances analogues à celles qui se sont produites à Paris, ils pourraient nous imposer l'inscription légale de nos opérations, comme ils l'exigent des pharmaciens pour les ordonnances.

---

## L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES DIPLOMÉS.

*Les Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire* de Bordeaux reproduisent l'article que nous avons publié en avril 1897 sur l'*Assistance publique de Paris et les chirurgiens-dentistes diplômés.* Cette publication est accompagnée des réflexions suivantes qui montrent que la question n'intéresse pas seulement nos confrères de Paris, mais qu'elle est maintenant d'actualité dans la plupart des villes de province, et que tous les chirurgiens-dentistes de France feront bien de s'en préoccuper, s'ils ne veulent pas perdre le bénéfice de l'égalité de droits qui, d'après la loi de 1892, existe entre eux et les docteurs-dentistes, comme le constate si justement avec nous notre confrère de Bordeaux.

C. G.

### L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES DIPLÔMÉS.

Nous empruntons ce titre à un article que M. Ch. Godon publiait dans l'*Odontologie* d'avril 1897. Cet article, si nous en croyons quelques renseignements officieux sur la réglementation qui se prépare au sein du Conseil d'administration des hôpitaux de Bordeaux, serait d'une telle actualité que nous jugeons utile de publier *in extenso* l'article si judicieux de notre confrère parisien.

Pour le principe, nous sommes du même avis que M. Godon. Docteurs-dentistes et chirurgiens-ednlistes jouissent d'autant de droits les uns que les autres dans l'exercice de leur spécialité, et ceci de par la loi de 1892.

Donc, chaque fois que leur spécialité demandera un professionnel, docteur et chirurgien-dentiste devront présenter des titres égaux à poser leur candidature devant toute administration officielle.

La candidature, posée, qu'on élimine les personnalités peu honorables ou tarées, très bien; mais qu'un concours décide, auprès de juges aussi impartiaux que possible, du mérite des concurrents et de leur nomination.

C'est la seule façon d'agir justement.

Nous souhaitons qu'avant de prononcer, notre administration hospitalière bordelaise s'inspire, elle aussi, de ces pensées si bien exposées par M. Charles Godon.

Dr G. R.

---

## CONGRÈS DE MOSCOU.

Nous croyons devoir publier la lettre ci-dessous qui a été adressée par le bureau de l'Ecole dentaire de Paris, au bureau de la Section d'odontologie du Congrès de Moscou, pour expliquer la non-participation de l'Ecole au dit Congrès :

« Paris, le 1er août 1897.

« *A M. le Président de la section d'Odontologie du Congrès des sciences médicales de Moscou.*

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance la résolution suivante adoptée par le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris dans sa séance du mardi 20 juillet 1897.

« Le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris, sollicité d'envoyer un délégué à la section d'Odontologie du Congrès des sciences médicales qui doit avoir lieu à Moscou le 12 août 1897,

« Considérant :

« 1° Que la loi sur la médecine du 30 novembre 1892 a placé sur un pied d'égalité en France, au point de vue de l'exercice de l'Art Dentaire, les docteurs-dentistes et les chirurgiens-dentistes des facultés de médecine de France ;

« 2° Que le règlement du Congrès médical de Moscou méconnaît cette situation, en n'admettant les chirurgiens-dentistes qu'à titre d'adhérents extraordinaires, sans droit de vote ;

« 3° Que la dignité des chirurgiens-dentistes français s'oppose à ce qu'ils acceptent de participer à une réunion professionnelle dans de telles conditions ;

« 4° Que d'ailleurs une section d'odontologie dans un congrès médical ne peut avoir d'autorité indiscutable et produire de résultats pratiques qu'autant que tous les praticiens exerçant légalement l'art dentaire y sont conviés avec les mêmes droits ;

« Décide que l'Ecole dentaire de Paris ne peut accepter de participer aux travaux de la section d'odontologie du Congrès de Moscou, aussi longtemps que cette clause restrictive n'aura pas été rapportée.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, avec nos regrets, l'assurance de nos sentiments confraternels.

« *Le Président-Directeur de l'Ecole dentaire de Paris,*
« CH. GODON.

*Le Secrétaire général,*
« P. MARTINIER. »

---

# CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

**Session de Paris, 28, 29, 30 octobre 1897.**

Président du Congrès :

**Dr A. Rosenthal,** de Nancy.

Présidents honoraires :

**MM. Godon, E. Lecaudey, Michaëls**

BUREAU CENTRAL ET BUREAU LOCAL RÉUNIS.

Sous la Présidence de **M. le Dr E. Lecaudey.**

| | |
|---|---|
| Vice-Présidents...... | **Ed. Papot ; Dr Queudot.** |
| Secrétaire général... | **Mendel Joseph.** |
| Trésorier.......... | **Stévenin.** |
| Secrétaires........ | **De Marion ; Hyvert ; Meng.** |
| Membres.......... | **Amoëdo ; Choquet ; Ducournau ; Heïdé ; Viau.** |

*Paris, le* 31 *juillet* 1897.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

Le 2e Congrès dentaire national tenu l'année dernière à Nancy, décida, conformément aux règlements, que le 3e Congrès dentaire aurait lieu cette année à Lyon. Une commission chargée de l'organisation de ce dernier fut, en conséquence, désignée par les congressistes de Nancy.

Cette commission, constituée en Bureau central, avait pour premier devoir d'entrer en négociations avec la Société des dentistes de Lyon, pour lui demander son concours. Mais les dentistes du Rhône et de la région, par une lettre du 24 mai, se déclarèrent dans l'impossibilité d'organiser le Congrès cette année, tout en se mettant à notre disposition pour l'année 1898.

Ne pouvant, pour obéir à la décision du Congrès de Nancy, poursuivre la réalisation du Congrès dentaire à Lyon, le Bureau central a jugé bon de l'organiser à Paris.

C'est à Paris, en effet, que, dans ces circonstances spéciales, le Congrès de cette année a le plus de chance de réussir.

Le Bureau central fit en conséquence appel à toutes les Sociétés dentaires parisiennes. La Société d'Odontologie de Paris, la Société Odontologique de France, le Syndicat des chirurgiens-dentistes diplômés, le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés ou diplômés, ont bien voulu apporter leur participation à l'œuvre du Congrès, et former ainsi, par l'ensemble de leurs délégués, le Bureau local.

La Commission du Congrès, préoccupée de faire œuvre de conciliation, de créer un terrain neutre où tous les éléments nobles de notre profession pussent se rencontrer dans un sentiment du bien général, a pensé profitable que l'inauguration du Congrès ainsi que les communications orales se fissent dans une salle spécialement louée à cet effet; tandis que les démonstrations auraient

alternativement lieu à l'École dentaire de Paris et à l'Ecole Odontotechnique.

Afin d'apporter plus de soin à l'organisation du Congrès, la Commission a cru rationnel d'en retarder la date et d'en fixer l'ouverture à l'époque des séances d'inauguration des cours des Ecoles dentaires, soit au 28 octobre prochain.

Conformément au vote des congressistes de Nancy, l'honneur de la présidence du 3e Congrès dentaire revient à M. le Dr A. Rosenthal.

Par les quelques mots qui précèdent, nous venons de vous mettre au courant, Monsieur et Cher Confrère, de la genèse du Congrès de Paris en 1897.

Nous faisons appel à toutes les bonnes volontés, d'où qu'elles viennent, et nous ne voulons nous occuper que de l'intérêt général des dentistes de notre pays

Nous espérons, Monsieur et Cher Confrère, avoir le plaisir de vous compter parmi les adhérents au Congrès, comme membre et comme auteur de communications et de démonstrations.

Veuillez agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

| *Le Président,* | *Les Vice-Présidents,* | *Le Secrétaire général,* |
|---|---|---|
| Dr E. LECAUDEY. | ED. PAPOT ; Dr QUENOT. | MENDEL JOSEPH. |

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR POUR 1897.

I. — Traitement des dents à pulpe morte.

II. — Étude critique sur les pièces à ponts.

NOTA. — La cotisation, fixée à **15 francs**, donne droit au compte rendu des travaux du Congrès.

Les souscriptions doivent être adressées à M. STÉVENIN, boulevard Haussmann, 138.

*Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à M.* MENDEL JOSEPH, *Secrétaire général*, 34, *boulevard Malesherbes, Paris.*

EXTRAIT D'UNE CORRESPONDANCE DE LYON.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Il est malheureux que le Congrès dentaire n'ait pas eu lieu à Lyon, car le Sud-Est et le Sud-Ouest y venaient en masse ; c'est du moins ce que m'a dit hier soir un voyageur de notre profession. Cette manœuvre pourrait bien déconcerter et décourager nos collègues. Nous avons surtout besoin de nous voir et de nous connaître, afin que, si nous avons des revendications à faire valoir, elles viennent de tous, et non pas de quelques-uns seulement. »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

X.

---

## NOUVELLES DE BORDEAUX

Nous recevons une longue lettre d'un de nos correspondants de Bordeaux, nous relatant des divisions graves qui viendraient de se produire entre le directeur de cette école et le conseil d'administration d'une part, et les membres du corps enseignant dentiste d'autre part.

Nous regretterions vivement la désorganisation qui menacerait, paraît-il, cette école, qui doit être un centre d'enseignement fort utile pour cette région, en même temps qu'une œuvre philanthropique incontestablement nécessaire dans une grande ville comme Bordeaux.

En présence des allégations graves contenues dans cette lettre, nous ne croyons pas devoir la livrer actuellement à la publicité, quoique notre correspondant nous en demande l'insertion au nom de plusieurs de ses collègues de Bordeaux.

Plusieurs d'entre nous, parmi lesquels notre regretté P. Dubois, consultés par quelques-uns des fondateurs au moment de la création de cette école, avaient assez vivement critiqué les bases sur lesquelles s'échafaudait cette nouvelle institution. Pourtant, nous ne saurions nous réjouir des fâcheuses nouvelles qui nous sont annoncées, et nous espérons prochainement apprendre que, grâce à l'esprit de conciliation qui doit animer les administrateurs et les professeurs, la bonne harmonie régnera à nouveau dans une institution dont nous avons toujours très sincèrement désiré le succès.

N. D. L. R.

---

## SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS. (*Neuvième liste.*)

| | |
|---|---|
| M. Loup | 20 » |
| | 20.604.50 |
| Total des listes précédentes | 20.624.50 |

Le comité de souscription vient d'effectuer un deuxième versement de 2.401 fr. à la Compagnie d'assurances « La Nationale », pour produire 138 fr. 40 de rente viagère, ce qui porte à 581 fr. 20 la rente viagère servie actuellement à Mme Dubois.

Ci-dessous un aperçu de la situation de la souscription au 24 juillet :

| | | |
|---|---|---|
| Frais des obsèques | 461.85 | |
| Concession de terrain | 200.25 | |
| Monument funéraire | 698.75 | 1.417.60 |
| Correspondance. Timbres de quittance | 56.75 | |
| A Mme Dubois : 581 fr. 20 de rente viagère | 10.336 » | |
| A Mlle Dubois, rente de survie de 500 fr. | 1.280.55 | |
| A M. Dubois fils, rente de survie de 500 fr. | 903.65 | 14.405.85 |
| A Mlle Dubois. Assurance en cas de vie, capital assuré 2.000 fr. | 849.40 | |
| A M. Dubois fils. Assurance en cas de vie, capital assuré 2.000 fr. | 1.036.25 | |
| Sommes dues par les souscripteurs par annuités | 4.710.20 | 4.801.05 |
| En caisse : au Crédit Lyonnais | 90.85 | |
| Montant de la souscription | | 20.624.50 |

*Le Trésorier* : G. VIAU.



# Documents Professionnels

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS POUR TROIS PLACES DE DÉMONSTRATEURS DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE ET TROIS PLACES DE DÉMONSTRATEURS DE PROTHÈSE.

Art. 1er. — Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture des concours suivants :

1° Pour trois places de démonstrateurs de dentisterie opératoire pour le lundi, le mardi et le samedi ;

2° Pour trois places de démonstrateurs de prothèse pour le mardi, le vendredi et le samedi.

Ces concours commenceront le dimanche 17 octobre, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, par l'examen des titres des candidats.

*Jury.*

Art. 2. — Un jury spécial sera nommé pour chaque groupe. Il sera composé de trois membres : un professeur titulaire ou chargé de cours président, deux professeurs suppléants. Un délégué du Conseil d'administration assistera aux opérations du jury.

*Epreuves.*

Art. 3. — Le concours comprend :

*Pour les démonstrateurs de dentisterie opératoire.*

Épreuve clinique : *a*) Examen de la bouche, explication clinique de l'affection, diagnostic, étiologie, marche et indications thérapeutiques.

*b*) Une opération d'urgence à exécuter sur le malade séance tenante.

*Pour les démonstrateurs de prothèse.*

Épreuve clinique : *a*) Examen de la bouche et explication sommaire des anomalies, leur cause ; moyens propres à y rémédier. Préparation de la bouche en vue d'un appareil de prothèse. Empreintes.

*b*) Une opération d'urgence à exécuter sur un malade séance tenante.

Ces épreuves seront subies le 17 octobre, à 9 heures du matin, à la clinique de l'Ecole.

*Epreuves de dentisterie opératoire.*

Préparation en présence du jury, d'une série de trois cavités des 2e, 3e et 4e degrés, en vue d'obturations : 1° au ciment, 2° à l'amalgame, 3° à l'or adhésif ou à l'or mou (cette dernière préparation au choix du jury).

*Epreuves de prothèse au laboratoire.*

Le candidat devra exécuter au choix du jury une ou deux des épreuves suivantes : préparation de dent à pivot, confection d'anneaux, crochets ou ressorts en vue d'un appareil de prothèse, redressement simple monté en cire.

Ces épreuves seront subies le mercredi 20 octobre, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole.

*Dissertation écrite.*

Sur une question de dentisterie opératoire au choix du candidat, à traiter à l'École, sans s'aider de livres ou de notes. Le candidat aura deux heures pour cette épreuve.

Elle sera subie à l'École le jeudi 21 octobre à 8 h. 1/2 du soir. Elle sera lue et soutenue devant le jury, le vendredi 22 octobre, à 8 h. 1/2 du soir.

*Dissertation écrite.*

Sur une question de prothèse au choix du candidat, à traiter à l'Ecole, sans s'aider de livres ou de notes. Le candidat aura deux heures pour cette épreuve.

Elle sera subie le jeudi 21 octobre, à 8 h. 1/2 du soir. Elle sera lue et soutenue devant le jury, le vendredi 22 octobre, à 8 h. 1/2 du soir.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre des points obtenus, dont le maximum est de 80 répartis comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titres des candidats. | Titres universitaires....... | 5. | 25. |
| | Travaux scientifiques.... Classement de sortie de l'Ecole............... | 10. | |
| | Préparateur ou aide-préparateur de cours..... | 10. | |
| Épreuve clinique.... | Examen de la bouche, etc.. | 10. | 20. |
| | Opération d'urgence...... | 10. | |
| Epreuve de dentisterie opératoire ou de prothèse au laboratoire.. | ..................... | | 18. |
| Dissertation écrite...................................... | | | 20. |
| | | | 83. |

Minimum fixé par la commission, 60.

Le minimum obtenu ne donne pas le droit à la nomination.

Les points de titres seront donnés par les jurys d'examen avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin de celles qui suivront.

*Nomination.*

Art. 5. — La nomination est proclamée par le Conseil de direction de l'École, d'après les rapports adressés par les jurys de concours, la commission d'enseignement entendue.

*Conditions d'admission au concours.*

Art. 6. — Être âgé de 22 ans au moins.

Jouir des droits civils et politiques dans le pays d'origine.

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouver-

ture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur (Voir art. 56, 57, 58, 59, titre VI du règlement intérieur de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris, et modifications apportées par l'assemblée générale du 22 décembre 1896 (*Odontologie*, janvier 1897).

Posséder le diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves seront publiques, sauf celle sur titres.

Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

---

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

### RÉSULTATS DES EXAMENS.

SESSION DE JUILLET 1897.

*Fin de première année.*

Sont admis à passer en deuxième année les 30 étudiants dont les noms suivent :

Baelen, Blatter, Bride, Brem, Calame (L.), Caudy, Cazenave, Chalamet, Christo, Crepier, Erny, Fabret, Ferey, Giroux, Godin, Granger (Abel), Granger (Georges), Laurian, Laverton, Le Boucher, Loubières, Loustalot, Manteau, Pélissier, Reiffers, Scherer, Truche, Vicat, Mlle Weil (Noémie), Wirion.

*Fin de deuxième année.*

Sont admis à entrer en troisième année les 15 étudiants dont les noms suivent :

Aurillac, Antunès, Barthélemy, Brodeur (Arth.), Casati, Cernéa, de la Loge, Fertin, Fischer, Fouques, Paillard, Pittet, Pourquié, Mlle Weil (Emma), Wilbert.

*Fin de troisième année.*

Le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris est accordé aux 22 étudiants suivants :

André, Bouzique, Calame (J.), Crapez, Damourette, Guex, Larmoy, Lemaire, Martinet, Oustric, Païva, Mme Picot, Robach, Roques, Thomas, Viers, Vincent.

Dr Damians, Dr Duchateau, Dr Falaise, Dr Valenzuela, Dr Waton.

---

## ACADÉMIE DE BORDEAUX

### UNIVERSITÉ DE FRANCE

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu la loi du 30 novembre 1892, relatif à l'exercice de la médecine,
Vu le décret en date du 25 juillet 1893,
Vu le décret en date du 31 décembre 1894,

Arrête :

Article I^er. — En exécution des articles 3 et 5 du décret du 25 juillet 1893 susvisé, de l'art. 1^er du décret du 31 décembre 1894, également susvisé, une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira en juillet-août 1897 à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

La date de l'ouverture de cette session sera fixée par le Doyen de la Faculté.

Art. II. — Sont admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens :

Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1^er janvier 1892 ;

2° Pour les deux derniers examens :

1. Les dentistes, de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1^er janvier 1889 ;

2. Les aspirants au doctorat en médecine, pourvus de 12 inscriptions, qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier. (Décret du 31 décembre 1894).

Art. 3. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, aux dates fixées par le Doyen de la Faculté.

Ils produiront les pièces ci-après désignées :

1° Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire,

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes, soit au 1^er janvier 1892, soit antérieurement au 1^er janvier 1889.

Un certificat constatant qu'ils sont Français.

Un certificat de scolarité indiquant qu'ils sont titulaires de 12 inscriptions et qu'ils ont accompli le stage prévu par le décret du 31 décembre 1894.

Art. 4. — Ils consigneront les droits d'examen du certificat d'aptitude et du diplôme fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme.

Art. 5. — Les candidats ajournés ne peuvent subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure.

Art. 6. — M. le Recteur de l'Académie de Bordeaux est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 18 juin 1897.

*Signé* : A. Rambaud.

Pour copie conforme :
*Le Secrétaire de l'Académie,*
*Signé* : Dubroca.

Pour ampliation :
*Le Directeur de l'Enseignement supérieur,*
*Conseiller d'Etat,*
*Signé* : L. Liard.

Les candidats pourront se faire inscrire à la Faculté jusqu'au lundi 5 juillet, dernier délai.



## MANIFESTATION SYMPATHIQUE.

Nous lisons dans le « *Franc Parleur* » (de Reims), du 27 juillet 1897, les lignes que nous reproduisons ci-dessous.

Au nom de l'Association Générale des dentistes de France et de la Rédaction de l'*Odontologie*, nous nous associons au journal rémois pour adresser à notre très sympathique et distingué confrère nos cordiales félicitations pour la juste distinction qu'il a reçue des mains de M. Méline, ministre de l'agriculture, à la fête du cinquantenaire du comice agricole de l'arrondissement de Reims. Nous le prions aussi d'agréer l'expression de tous nos sentiments de vive condoléance pour la perte cruelle qui le frappe.

E. P.

Avant-hier matin, à dix heures et demie, une touchante cérémonie avait lieu au stand du faubourg Cérès.

A l'occasion de la nomination, comme officier d'académie, de M. H. Lee, ses amis et diverses sociétés, notamment le *Syndicat général des Tireurs français*, dont il est le président du *Comité de Reims*; la *Société de Tir de Reims*, vice-président ; la *Vigilante*, membre d'honneur ; le *Véloce-Sport*, président d'honneur ; la *Fraternelle*, vice-président d'honneur ; la *Vigie*, président d'honneur ; la *Sentinelle* et la *Fourmi*, avaient tenu à lui offrir un témoignage de gratitude et de vive sympathie pour les services qu'il leur prodigue depuis longtemps.

Au nom des cent trente conscrits qui suivent actuellement le cours hebdomadaire créé par le *Syndicat général des Tireurs Français*, M. Lignon, adjudant au 132e de ligne, a donné à M. Lee un splendide bouquet, et s'est exprimé ainsi :

Monsieur le Président,

Permettez-moi de venir, au nom de tous les instructeurs et jeunes conscrits pour qui vous vous dévouez depuis si longtemps, joindre nos félicitations à celles que, de tous côtés, vous avez dû recevoir.

Monsieur le Ministre, en vous donnant une décoration française, a voulu vous remercier d'avoir choisi pour patrie notre beau pays. Il a voulu vous donner un témoignage de gratitude et de reconnaissance pour tous les soins que vous donnez à ceux de ses enfants qui doivent partir pour servir la Patrie.

Ces quelques fleurs vous diront notre gratitude, et aussi l'espérance de vous voir longtemps parmi nous maintenir le courage et l'énergie, deux des qualités essentielles pour protéger et défendre sa patrie et son drapeau.

M. Masson Edouard a pris la parole en ces termes :

A notre cher Président Monsieur Lee,

C'est avec un vif plaisir que nous avons appris la récente distinction dont vous avez été l'objet.

Permettez-moi, au nom de la classe 1896, de vous féliciter sincèrement de cette récompense si bien méritée et, en même temps, de vous remercier de votre généreuse initiative de la fondation du cours gratuit des conscrits.

Nous avons tous été touchés de cette patriotique attention, et ferons toujours tous nos efforts pour justifier cette innovation par notre bonne tenue et notre assiduité à l'exercice.

Veuillez accepter, cher Monsieur Lee, ce modeste bouquet que nous vous prions de considérer comme l'expression de notre reconnaissance.

Un second futur soldat, M. Maquet, a dit ensuite :

Monsieur le Président,

Je suis heureux d'avoir été choisi par mes camarades pour être leur interprète auprès de vous, afin de traduire toute la joie qu'a causé dans notre Société votre nomination d'officier d'académie.

Je dirai que nul autre mieux que vous n'était plus digne de porter ces palmes, juste récompense des services rendus.

Je viens donc, au nom de tous, vous offrir ce bouquet, ainsi que toutes les félicitations qui peuvent s'adresser à un homme tel que vous, qui a su rendre tant de services à son pays, et qui maintenant fait peut-être mieux encore, prépare les jeunes Français à la défense de la Mère-Patrie.

Daignez accepter, Monsieur le Président, ces quelques fleurs qui, si comme nous, avaient le langage, pourraient applaudir à votre nomination.

Puis M. Boucher, au nom des sociétés et des nombreux amis de M. Lee, en lui remettant des palmes en brillants et un magnifique bronze : *Le Gymnaste*, a prononcé le discours suivant :

Mon cher Monsieur Lee,

C'est avec la plus grande joie que nous avons appris que le gouvernement, reconnaissant les nombreux services que vous avez rendus et que vous rendez chaque jour à nos sociétés patriotiques, venait de vous accorder une distinction aussi honorifique.

Aussitôt que nous avons connu cette bonne nouvelle, un groupe d'amis représentant diverses sociétés sportives, que vous encouragez avec tant de zèle et de dévouement, a senti qu'il était de son devoir d'ouvrir une souscription, afin de vous offrir un faible témoignage de reconnaissance.

Cette inspiration a été excellente, car partout nous avons été accueillis de la façon la plus charmante, et si plus de 200 personnes ont répondu d'une façon éclatante à notre appel, les sociétés elles-mêmes ont tenu à ne pas rester en arrière, et le nombre en aurait été plus grand encore si nous avions eu plus de temps devant nous.

C'est grâce à cette sympathie qu'il nous est permis de vous offrir ces Palmes au nom des tireurs, et ce Bronze au nom des sociétés.

Nous espérons que vous conserverez le meilleur souvenir de cette journée, et qu'elle vous prouvera que si parfois on a des ennuis à vouloir faire le bien, on finit par avoir de bons moments.

Notre seul désir est de vous voir nous continuer longtemps encore, chose dont nous sommes certains, les encouragements que vous ne cessez de nous prodiguer.

Portez-les donc, ces palmes, portez-les en tous temps, car nulle part elles ne seront mieux que sur votre poitrine.

Enfin, M. Léon Blanck, comme président actif du *Véloce-Sport* et de la *Vigilante*, a vivement remercié M. Lee de son dévouement à la noble cause du tir, et lui a dit combien il est tenu en estime par tous les membres de ces sociétés.

Deux cents personnes réunies prenaient ensuite un vin d'honneur généreusement offert par M. Lee.

Cette réunion de famille à peine terminée, M. Lee recevait une dépêche lui annonçant la mort de Mme Lee, sa mère, décédée le matin même, après de longues souffrances.

Nous offrons, en cette triste circonstance, à M. Lee et à sa famille, nos bien sincères compliments de condoléances.



# NÉCROLOGIE

Le 30 juin nous assistions aux obsèques de Mme Alexandre Pinet, mère du Dr Camille Pinet, professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire. Le 28 juillet, les mêmes amis se rencontraient pour conduire au cimetière M. Alexandre Pinet, chevalier de la Légion d'honneur, ancien secrétaire de la Faculté de médecine, conseiller général de la Seine, décédé à Montreuil-sous-Bois, dans sa 75e année.

Nous sommes profondément émus devant tant de malheurs. A moins d'un mois d'intervalle, le Dr Pinet a perdu son père et sa mère.

Nous ne pouvons que nous incliner respectueusement devant cette douleur, impuissant que nous sommes à lui traduire la part que nous prenons à sa peine.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée aux obsèques, et une couronne a été déposée en son nom sur la tombe. E. B.



# NOUVELLES

Le sympathique conseiller municipal du quartier Rochechouart, M. Paul Strauss, vient d'être élu sénateur de la Seine.

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette nomination; M. Paul Strauss s'est depuis de longues années dévoué aux questions d'assistance publique. Nous avons toujours trouvé près de lui le plus bienveillant accueil; il fait d'ailleurs, depuis longtemps déjà, partie du Comité de patronage de l'Ecole Dentaire de Paris.

---

Notre confrère le Dr Léon Frey, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé médecin aide-major de 2e classe de réserve.

---

On signale l'apparition d'un nouveau journal dentaire : *Nordisk Tandlaegeblad*, organe bi-mensuel pour les pays *scandinaves*.

---

CONCOURS OUVERTS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

| | | |
|---|---|---|
| 12 septembre.. | 2 places.. | Professeurs suppléants de clinique. |
| 3 octobre..... | 3 — .. | Chefs de clinique. |
| 17 — ..... | 3 — .. | Démonstrateurs de dentisterie opératoire. |
| — — ..... | 3 — .. | Démonstrateurs de prothèse. |

---

Le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris vient de décider l'ouverture de deux concours : 1° pour une place de *chef de laboratoire de Bactériologie*; 2° pour une place de *chef de laboratoire d'Histologie dentaire*.

Ces concours seront ouverts le dimanche 10 octobre, au siège de l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Les programmes de concours seront publiés ultérieurement.

### ERRATA

A la page 44 de notre dernier numéro, avant-dernière ligne, nos lecteurs ont pu lire :... sur les *lèvres inférieures* ; il convient de substituer à ces deux derniers mots ceux de : « *dents inférieures* ».

De même, page 45, il faut lire (9e et 10e lignes à partir du bas) : *atrésie*, au lieu de : *ataxie*.

---

## TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut en avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs, pour publier les demandes qui nous seront adressées.

N. D. L. R.

### (QUESTIONS ET RÉPONSES)

? *N° 29. — Un dentiste patenté qui se fait assister pour les anesthésies locales, avec la cocaïne par exemple, par un docteur ou un chirurgien-dentiste, a-t-il le droit d'opérer lui-même l'anesthésie et l'extraction, et suffit-il de la présence du docteur ou du diplômé dans le cabinet, au moment de l'opération, pour mettre le dentiste à l'abri de toute réclamation ?*

D. D.

*Réponse.* — La loi dit qu'un dentiste non diplômé doit, pour pratiquer l'anesthésie, se faire assister par un docteur ou un chirurgien-dentiste. Il est donc bien entendu que c'est l'un de ces deux derniers qui assume la responsabilité de l'opération, mieux encore, de l'*anesthésie* ; dans ces conditions, le dentiste patenté peut faire lui-même l'extraction et *l'anesthésie*.

? *N° 30. — Je désire connaître la formule d'une soudure pour les plaques d'or à 18 ou 20 carats ?*

*Réponse.* — La formule suivante peut s'employer pour souder les plaques d'or de 18 ou 20 carats, elle représente 16 carats de fin :

| | |
|---|---|
| Or pur ........................................ | 9,30 |
| Cuivre rosette .............................. | 3,10 |
| Argent fin .................................... | 1,55 |

? *N° 31. — Quelqu'un peut-il donner les résultats obtenus depuis un an par le nouveau mastic de M. Telschow ?*

E. D.

? *n° 32. — Nos confrères ont-ils obtenu un meilleur résultat que moi avec l'or Solila ? Depuis un an, huit ou dix obturations faites avec cet or ont complètement disparu ou sont douteuses.*

E. D.

? *N° 33. — Je viens de subir avec succès mon examen pour l'obtention du certificat d'Etudes secondaires. Je suis un vieux mécanicien habitant une petite ville de province. Suis-je obligé, pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, de venir à Paris à l'Ecole dentaire, ou puis-je prendre mes inscriptions dans une faculté de médecine de province ?*

*Réponse.* — Vous ne pouvez prendre vos inscriptions que dans une Ecole Dentaire.

? *N° 34. — Mon neveu vient d'obtenir son certificat d'études primaires supérieures, mais il n'aura 16 ans qu'au mois de décembre : doit-il obtenir une dispense d'âge, et à qui doit-il la demander ?*

*Réponse.* — Le Ministre, consulté, a répondu négativement. Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire a pouvoir pour accorder ou refuser les dispenses d'âge.

17e ANNÉE. N° 10. 30 AOUT 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

*L'Odontologie*, bi-mensuelle, paraît le 15 et le 30 de chaque mois avec un minimum de 40 pages de texte.

## Travaux Originaux

### DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

Par M. LE Dr P. SÉBILEAU,
*Professeur agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.*

Diagnostiquer une ulcération de la langue est chose ordinairement bien simple, et c'est presque une banalité que le dire; il suffit de faire ouvrir la bouche du malade, de lui ordonner de tirer la langue ou de la lui prendre soi-même pour l'extraire de la cavité buccale, et enfin d'explorer avec soin les bords, la face inférieure de l'organe.

Pourtant deux difficultés peuvent se présenter :

La première provient de l'apparence ulcéreuse que prend la muqueuse au niveau des grosses papilles caliciformes du V lingual. On voit souvent les débutants se tromper et *diagnostiquer une ulcération qui n'existe pas.*

La seconde provient du volume que prend, dans certains cas, la langue hypertrophiée; celle-ci fait alors issue hors de la bouche et s'applique contre les arcades dentaires, au point qu'il est impossible de faire l'exploration de l'intérieur de la cavité buccale. On peut alors *ignorer des ulcérations qui existent.*

Ces cas de macroglossie s'observent dans les deux ordres de faits suivants :

1° LA MACROGLOSSIE proprement dite. — Dans ce cas la langue peut porter deux sortes d'ulcérations. *Les unes* occupent une région variable de la face dorsale ou de la face inférieure de la langue ; elles sont le résultat de simples morsures des dents sur un organe maladroit. *Les autres* forment une véritable collerette supérieure et inférieure aux points où les dents exercent leur pression sur l'organe projeté au dehors de la bouche ;

2° LA GLOSSITE. — Ici, trois sortes d'ulcérations pouvant atteindre la langue, il importe d'en savoir diagnostiquer la nature.

A. *Les premières*, en collerette, ont la même origine et la même disposition que les précédentes ;

B. *Les secondes*, atypiques, procèdent de l'ouverture, en un point quelconque, de l'abcès lingual qui a terminé la glossite.

C. *Les troisièmes*, atypiques aussi, ordinairement vastes et étendues, proviennent de la mortification, de l'élimination d'une partie plus ou moins considérable de la langue sphacélée.

En dehors de ces cas où, je le répète, il est difficile d'explorer et de voir, le diagnostic des ulcérations de la langue est aisé. Seul, leur diagnostic différentiel comporte des difficultés, et celles-ci sont quelquefois grandes.

Parmi ces ulcérations, il en est cependant dont le diagnostic saute, pour ainsi dire, aux yeux. Ce sont ces ulcérations de la langue qui ne sont qu'un épiphénomène dans le cours d'une stomatite plus ou moins étendue, et qui n'ont pour le médecin — en tant que ulcérations de la langue — qu'une importance secondaire. Telles sont : *a*) la desquamation épithéliale du muguet ; *b*) les ulcérations aphteuses ; *c*) les ulcérations de la stomatite ulcéro-membraneuse ; *d*) les ulcérations de la stomatite mercurielle et antimoniale.

Restent donc maintenant les ulcérations de la langue proprement dites. Or, le diagnostic de celle-ci suppose un examen sérieux, approfondi, de la lésion : il faut regarder et toucher ; ainsi on obtiendra tout de suite le précieux renseignement suivant :

1° Ou bien l'ulcération repose pour ainsi dire à plat sur la langue — *ulcération simple* ;

2° Ou bien elle est saillante, en relief, — *ulcération reposant sur une tumeur*.

### Premier cas : L'ulcération est a plat.

Eliminez d'abord les choses simples, c'est-à-dire :

*a*) Si l'ulcération est à la face dorsale, informez-vous pour savoir si le malade ne s'est pas mordu la langue ;

*b*) Si l'ulcération siège sur les bords, regardez bien pour voir si la langue ne frotte pas contre quelque chicot ou contre quelque dent déviée ; regardez s'il n'existe pas un dentier mal placé ou mal fixé ;

*c*) Si l'ulcération est à la face inférieure, songez à la coqueluche et aux maladies à toux quinteuse qui provoquent de petites ulcérations de la langue par frottement sur les dents inférieures.

Ces causes éliminées, il n'y a plus que trois espèces d'ulcérations auxquelles vous ayez sérieusement à songer : *a*) la syphilis ; *b*) la tuberculose ; *c*) l'ulcération des fumeurs.

A. L'ulcération syphilitique. — Il ne s'agit pas ici de syphilis tertiaire évidemment puisque l'ulcération est supposée reposer à plat. La question qui se pose est donc celle-ci : est-ce un chancre ? Est-ce une plaque muqueuse ?

*Le chancre*, qui siège à la pointe chez l'homme, un peu partout chez la femme (rôle sexuel), qu'il soit *érosif*, *fissuraire* ou *chancre-type* « ne possède, quand il est jeune, à l'état naissant, aucun des caractères qui affirment sa spécificité ». A la période d'état, c'est une ulcération plane, lisse, arrondie, à bords réguliers ou festonnés ; mais ses caractères spécifiques importants sont ceux-ci : il est *seul* ; il est *dur* ; il *bombe* parce qu'il repose sur une base saillante,

parcheminée ; il a un *bubon polyganglionnaire* non suppuré e précoce.

La *plaque muqueuse*, qui siège partout, sur les bords souvent à cause des chicots, est tout à fait polymorphe. Quand elle est plane, à fleur d'épithélium ou bien creusée dans la muqueuse, elle est *nivelante* (sorte de plaque lisse au niveau de laquelle on dirait que les papilles ont été fauchées), *érosive* (desquamation épithéliale plane, lisse, rosée), *ulcéreuse* (c'est l'érosion qui s'est étendue en largeur et en profondeur), *fissuraire* (rigole qu'on voit sur la pointe et les bords de la langue, au niveau des sillons interdentaires). Quand elle est saillante, on la dit *papuleuse* (petites élevures lenticulaires sur le dos de la langue) ou *hypertrophique* (saillies plus grosses, plus larges, plus surélevées, rebelles à la thérapeutique, qui donnent à la langue, si elles sont multiples, une apparence bosselée, chagrinée, « dos de crapaud ». Tandis que l'accident primaire est *solitaire*, *fixe*, *sans retour*, la plaque muqueuse est *multiple*, *erratique*, *récidivante*. Elle s'accompagne d'une adénite polyganglionnaire non suppurée (Voir les autres accidents : roséole, alopécie, céphalée, etc.).

B. L'ulcération tuberculeuse superficielle siège partout, assez souvent sur la pointe et les bords ; elle n'a pas de forme déterminée, est assez souvent allongée suivant le grand axe de la langue : les bords sont ou bien peu saillants et mal délimités, ou bien en relief, abrupts, nettement découpés, festonnés ou non. Le fond est grisâtre, irrégulier, anfractueux, recouvert de bourgeons charnus ou de détritus caséeux. Tout autour de l'ulcération principale il peut y avoir un semis de granulations opaques et jaunâtres ou transparentes, ou bien une collerette de petites ulcérations. De tous ces caractères, le dernier seul est pathognomonique ; on peut dire que l'ulcération tuberculeuse n'est pas d'habitude *spécifique* au point de vue du diagnostic.

C. L'ulcération des fumeurs, quand elle est simple, se voit au point où l'extrémité du tuyau de pipe vient buter contre la langue ; mais souvent il existe de véritables petites plaques de production épithéliale d'un blanc laiteux (leucoplasie buccale, psoriasis buccal), qui finissent par s'ulcérer et s'étendre ; c'est là souvent le début de l'épithélioma.

Deuxième cas : L'ulcération est saillante.

Il faut éliminer tout de suite, par les caractères de l'ulcération qui est alors peu envahissante, peu creusante, et par les caractères de la tumeur qui est bien limitée, bien circonscrite :

*a*) Les ulcérations siégeant sur des tumeurs bénignes de la langue à type conjonctif (lipome, fibrome, chondrome, sarcome) qui sont, du reste, exceptionnelles ;

*b*) Aussi facilement les kystes rompus, vidés et dont le fond bourgeonne (kystes muqueux, kystes séreux congénitaux, kystes dermoïdes) ;

*c*) Plus facilement encore les ulcérations des tumeurs vasculaires

(angiomes). J'ai déjà parlé des lymphangiomes (macroglossie).

Cette éliminination faite, il ne reste plus qu'à se décider entre : *d*) la syphilis tertiaire ; *e*) l'épithélioma ; *f*) la tuberculose profonde.

D ET E. CANCER ET SYPHILIS. — Ce diagnostic est facile si l'on suppose qu'il s'agit, d'une part, de la forme végétante, *champignonneuse* du cancer et, d'autre part, de cette forme scléreuse de la syphilis qui engendre la langue *parquetée* de Fournier (glossite superficielle) ou la langue *vallonnée*, crevassée, fissuraire, rhagadée de Clarke (glossite profonde). Mais le diagnostic peut devenir très difficile entre le cancer et la syphilis, s'il s'agit de la forme creuse, rongeante de l'épithélioma, et de la forme gommeuse, bourbillonneuse, de la syphilis tertiaire. Voici donc les principaux signes différentiels :

1° *Bords* :

Dans le cancroïde, épais, saillants, indurés, déchiquetés (bourrelet cancroïdien).

Dans le syphilome, minces, non indurés, décollés, souples ;

2° *Base* :

Dans le cancroïde, dure, large, étendue ; la langue fait corps avec le plancher de la bouche.

Dans le syphilome, la zone d'induration ne dépasse guère l'ulcération ;

3° *Fond* :

Dans le cancroïde, il saigne facilement.

Dans le syphilome, il saigne peu ;

4° *Sécrétion* :

Dans le cancroïde, sécrétion d'un ichor abondant, fétide.

Dans le syphilome, sécrétion presque nulle d'un pus beaucoup moins fétide;

5° *Douleurs* :

Dans le cancroïde, fréquentes, consistant en élancements pénibles dans l'oreille, et augmentant pendant la mastication, la déglutition, d'où immobilité de l'organe.

Dans le syphilome, il n'y a que peu de douleurs s'il n'y a pas de complications inflammatoires;

6° *Ganglions* :

Dans le cancroïde, ils sont très rapidement atteints ; d'abord isolés et roulant séparément sous le doigt, ils forment bientôt une masse compacte.

Dans le syphilome, ils ne sont pas atteints, ou, s'ils le sont, il s'agit d'adénite inflammatoire banale ;

7° *Cachexie* :

Dans le cancroïde, rapide.

Dans le syphilome, il n'y en a pas.

F. TUBERCULOSE PROFONDE. — Quant à la tuberculose parenchymateuse de la langue, elle est rare ; elle forme d'abord une petite masse isolée, un noyau profond, dur, non douloureux, qui se ramollit, se vide, suppure et bourgeonne. Le diagnostic avec une

gomme syphilitique est très difficile (l'inoculation animale du contenu tranchera la question si l'on a des doutes). En réalité, cet abcès froid de la langue est exceptionnel.

Ce qui doit ressortir de toute cette description, c'est, en résumé, la difficulté de diagnostic, dans certains cas, de la gomme syphilitique et du cancer ; l'hybridité complique encore quelquefois la question. En cas de doute, mais en cas de doute seulement, il faut essayer la « pierre de touche », c'est-à-dire administrer le traitement antisyphilitique. Mais si l'action de celui-ci n'est pas rapide, il importe de ne pas le prolonger, car il active la marche de l'épithélioma.

---

## LE NITRATE D'ARGENT ET SON EMPLOI CONTRE LES ACCIDENTS D'ÉVOLUTION.

Par M. Franki Moulin,

Médecin chirurgien-dentiste.

Si l'observation méthodique et impartiale de plus en plus armée pour la lutte s'élève avec raison contre l'acceptation de cette définition : l'influence de la dentition sur les maladies de l'enfance; si des accidents pathologiques que les difficultés d'un diagnostic précis rendaient inclassables ont été attribués sans façon à cette influence ; si des phénomènes morbides de toute autre origine ont pu par leur coïncidence être rapportés au travail de l'évolution dentaire, il ne faudrait pas pour cela même tomber dans l'extrême opposé, et, par une négation réactive, refuser absolument de rendre à César ce qui est à César, c'est-à-dire de reconnaître que parfois, à côté d'accidents locaux inflammatoires, et en raison directe avec leur acuité, il apparaît des troubles généraux dont la gravité est quelquefois par trop évidente.

Que tout être chétif à ces moments-là soit plus gravement atteint, on ne saurait en disconvenir.

Que tout enfant en puissance d'une diathèse quelconque subisse à ces moments d'éruption contrariée une poussée offensive, les exemples en sont nombreux.

Mais en dehors de tout état diathésique il est des accidents très fréquents subordonnés à l'influence de la dentition et qui, s'ils échappent par leur diversité à un classement unique, n'en sont pas moins très réels et suffisamment inquiétants.

A un état local d'inflammation de la muqueuse et du tissu gingival s'ajoutent fréquemment des manifestations générales d'ordre pathologique secondaire.

La boursouflure qui correspond au point de sortie de l'organe en travail éruptif est douloureuse, les tissus sont distendus, congestionnés.

A certains points où le cône cuspidal apparaît, c'est comme une couronne rouge qu'enduit parfois un dépôt saburral ; l'état général

subit l'influence du mal local, la température s'élève ; à un état fébrile manifeste viennent se joindre des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée, la perte du sommeil, la surrexcitation nerveuse, etc., qui fatiguent l'enfant et inquiètent les parents.

Aussi devient-il urgent de pouvoir réagir efficacement, d'avoir sous la main un médicament auquel on puisse avoir recours avec succès !

En attaquant la cause, les effets disparaîtront.

Il s'agit donc de modifier le point malade, de réagir localement. Quel sera alors le meilleur médicament à employer ? Loin de nous la fameuse liqueur Delabarre, dont la composition empirique ne résiste pas à l'analyse rationnelle, et qu'on nous sert encore trop souvent dans nos conversations de cabinet.

La teinture d'iode, dont la puissance dérivative est si souvent mise à contribution, ne réunit pas dans ce cas les conditions voulues pour amener une prompte solution, ce qui est nécessaire, son action n'étant pas suffisamment combattue. Il faut réagir aussi profondément qu'il est possible, modifier l'état cellulaire, par conséquent user d'une substance qui s'ingère dans la constitution même du tissu enflammé.

Le facteur idéal serait celui qui, par sa vertu pénétrante, astringente et antiseptique, congestionnerait le point malade, amènerait une détente dans cette tension douloureuse qui fatigue l'enfant, et, par une désorganisation favorable, influencerait la cellule, en vainquant d'une façon très douce son opposition à l'entière liberté de la dent.

Ces différentes qualités, je les ai trouvées réunies dans le nitrate d'argent. C'est, je crois, le médicament par excellence, celui aux ressources duquel on peut vraiment demander aide ; j'ai vu des accidents inflammatoires très étendus disparaître rapidement, l'apaisement succéder bientôt à cette période d'agitation et de fièvre d'où sortent les troubles généraux. Son emploi est des plus simples, sans danger, ce qui est important pour un sujet avec lequel il est souvent difficile d'agir d'une façon très précise.

Il suffit d'user d'une solution immédiate en badigeonnages trois ou quatre fois dans la journée, si les accidents sont très aigus ; dès le second jour l'amélioration sera suffisante pour que l'on puisse réduire l'application. Cependant le praticien consulté reste seul juge en cette matière.

Sur les points très rouges, très congestionnés, le contact direct du crayon de nitrate sera utile.

Par le terme de solution immédiate dont je viens de me servir, j'entends une solution faite au moment même de l'application.

Je prends pour cela au bout d'une pince une boulette de coton plus ou moins grosse, selon l'importance de la partie à soigner, je l'imbibe d'eau et je recueille en la frottant contre le crayon une quantité suffisante de nitrate d'argent.

J'obtiens ainsi avec mon coton un porte-médicament très doux pour une partie douloureuse au moindre contact, et en même

temps une base nécessaire pour embrasser d'un seul coup une surface assez étendue.

Je suis certain, comme j'ai pu m'en rendre compte moi-même, que ceux de mes confrères qui ne dédaignent pas les moindres détails de notre intéressant chantier de travail, et que leur situation favorise d'un service dentaire d'enfants, pourront trouver dans l'expérimentation de ce procédé d'utiles observations, que je serais très heureux de revoir reproduites sous leur plume compétente dans cette revue scientifique.

Maintenant, si nous procédons par déduction, l'efficacité du nitrate d'argent doit se rencontrer chaque fois qu'il s'agit de réagir contre des accidents ayant une même cause, c'est-à-dire l'évolution dentaire, sans vouloir faire aucun classement, on retrouvera, à des époques différentes de la vie, le même pouvoir bienfaisant. J'ai horreur des panacées, mais ce qui m'intéresse surtout dans l'étude d'un médicament, c'est le moyen d'action qu'il nous donne, le pouvoir qu'il met à notre disposition, la part définie que l'on peut attribuer à sa vertu curative; en un mot, étant donnée la modification à apporter, il s'agit de trouver théoriquement et pratiquement l'agent qui vous aidera au succès.

Chacun sait la variété d'accidents qu'entraîne avec elle l'évolution de la dent de sagesse, accidents uniques ou répétés, simples ou composés, ayant pour point de départ la difficulté qu'éprouve la dent à s'affranchir des oppositions qui lui sont faites en son lieu d'apparition. C'est surtout au maxillaire inférieur que se rencontrent les phénomènes les plus nombreux et les plus graves, à cause de l'épaisseur du tissu osseux et de l'étroitesse d'emplacement que limitent la branche montante et la seconde molaire. Sauf de rares cas, où il sera absolument nécessaire d'agir chirurgicalement, de donner de la place par une avulsion de voisinage, le traitement médical, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, amènera la cessation complète des phénomènes morbides.

L'efficacité du nitrate d'argent se signale très heureusement; nul besoin d'incision au bistouri, quelques contacts sur le gonflement gingival, ou même, lorsque la dent paraît, ce qui est généralement le cas, une introduction sous-gingivale de la solution immédiate suffisent.

Pour cela, une petite mèche de coton au nitrate est préparée au bout d'une pince et introduite doucement sous le chapeau tuméfié qui recouvre une partie de la dent; la sonde qui dirige ensuite cette mèche médicamenteuse la fera glisser le plus profondément possible en arrière et autour de la couronne, sans effort cependant contre la résistance rencontrée. En général deux applications le premier jour, une le lendemain, auront amené une grande amélioration et réagi contre la tendance à l'ulcération. Il suffira de continuer selon les besoins, avec un intervalle, pendant quelques jours encore.

Chaque cas, bien entendu, est laissé au jugement du praticien pour le nombre d'applications. A chaque retour offensif — ces

retours se rencontrent souvent avant la complète évolution — le malade étant prévenu dès le début, tout accident sera enrayé.

C'est à la suite d'un grand nombre d'observations sur l'application du nitrate d'argent contre les accidents locaux de l'évolution dentaire, et par extension contre les accidents secondaires généraux, que j'ai résumé en ces quelques lignes le résultat obtenu et le moyen employé. La recherche. pour chaque médicament, du champ d'action propre qui lui est réservé par la nature, offre à l'étude d'intéressants aperçus, et au praticien d'utiles auxiliaires, qu'il sera très heureux, au moment voulu, d'avoir sous la main, et qu'il est bon pour cela de signaler.

---

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. Du lichen plan isolé de la bouche. — II. Calcul salivaire du canal de Warthon. — III. Langue noire. — IV. Angiome de l'amygdale et du larynx. — V. Des paralysies post-anesthésiques. — VI. Tumeur vasculaire de la langue. — VII. Traitement des pertes de substance du palais.

### I. — Du lichen plan isolé de la bouche.

(*Communication de MM. Dubreuilh et Frèche, de Bordeaux, à la Société de dermatologie et syphiligraphie*).

Les lésions buccales du lichen plan sont connues depuis longtemps, mais seulement à titre d'épiphénomène, et il ne semble pas qu'avant ces dernières années on ait jamais diagnostiqué ces lésions quand elles étaient localisées à la muqueuse buccale. Il est important cependant de savoir différencier des autres leucokératoses buccales le lichen plan isolé de la bouche.

Celui-ci présente un aspect différent suivant qu'il siège sur la langue ou sur la muqueuse génienne. Sur la langue il forme des plaques blanches, lisses, débutant par un enduit grisâtre au fond des espaces interpapillaires, qui, s'élevant peu à peu, finit par noyer la papille. On a donc un réseau très fin, dont chaque maille est occupée par un point légèrement rosé correspondant à la papille.

Sur les joues, le lichen plan forme des grains ronds, d'un blanc d'argent, et des réseaux de fins tractus anastomosés ou arborescents, très nettement limités, durs au toucher, sans inflammation ni infiltration de la muqueuse voisine ou sous-jacente.

A la langue, le lichen plan peut être confondu avec la leucokératose pure; mais on se rappellera que, dans cette dernière, les lésions débutent par un point blanc qui coiffe le sommet d'une ou de plusieurs papilles; puis d'une papille à l'autre se forme une petite traînée d'un blanc pur, qui constitue comme un réseau dont les papilles sont les nœuds. Sur les joues, le diagnostic différentiel est des plus aisés, car les diverses autres leucokératoses, les cicatrices, les plaques des verriers, etc., sont facilement reconnaissables.

(*Semaine médicale.*)

### II. — Calcul salivaire du canal de Warthon.

*M. F. Hue* (de Rouen) a fait l'intéressante communication suivante à la Société de médecine de Rouen :

« J'ai l'honneur de vous présenter un volumineux calcul du *canal* de

Warthon, que j'ai extrait ces jours-ci. L'intérêt de l'observation réside dans le volume de ce calcul, qui dépasse notablement la moyenne des cas observés. Le plus fréquemment ils ne pèsent, paraît-il, guère plus de deux grammes, tandis que celui-ci, même mutilé, pesait à l'état frais 5 gr. 50.

Sa configuration est irrégulière. Il rappelle dans l'ensemble une olive aplatie, latéralement contournée. Sa longueur est de quatre centimètres, sa hauteur de deux et son épaisseur d'un, en avant du moins. La surface n'est lisse qu'à un certain endroit de la face externe ; sur presque toute son étendue elle est villeuse, au point de rappeler, en arrière, l'aspect de la morille. La couleur générale est blanc sale teinté de sang. Comme il a été fracturé en deux fragments pendant l'extraction, on peut voir sur la cassure qu'il est composé, comme tous les calculs, de couches concentriques qui ne paraissent pas développées autour d'un corps étranger. Il est résistant et n'a cassé que par une pression vigoureuse de la pince qui l'a extrait.

Enfin, sa composition chimique est celle que décrivent les auteurs qui ont publié des faits analogues. M. Gascard, qui a bien voulu analyser les débris enlevés à la masse par la pince, les a trouvés composés en grande majorité de phosphate de chaux dans la proportion de quatre-vingts pour cent environ, mélangé de carbonate de chaux et de magnésie.

Je l'ai extrait chez un homme de soixante-six ans, bien portant, employé de bureau, que j'avais déjà eu l'occasion de voir il y a une dizaine d'années. Ce calcul débutait alors, mais j'avoue que je ne fis le diagnostic qu'au moment de l'extraction.

La première fois, il me demanda conseil pour une grosseur qu'il portait sous la mâchoire gauche depuis quelques mois, et qui le gênait davantage à ce moment. Je trouvai, en effet, juste au niveau de la glande sous-maxillaire gauche, une tuméfaction douloureuse qui paraissait être composée par la glande elle-même, augmentée de volume. Dans la bouche rien de notable, si ce n'est un peu d'empâtement au niveau du canal. Je ne trouvai pas la cause de ce gonflement de la glande, qui augmentait au moment des repas, si ce n'est que le malade, étant un fort fumeur de pipe, devait cette sorte d'adénite au tabac. Il fut entendu qu'il ne fumerait plus.

Je le rencontrai à quelques mois de là. Il en souffrait moins, mais la glande était toujours tuméfiée. Enfin je le perdis de vue, quand, il y a deux mois, je le vis revenir, non plus pour sa tuméfaction de la glande sous-maxillaire, qui persistait néanmoins, mais pour une tumeur du plancher de la bouche, le long de la langue, se confondant à peine avec elle et avec la mâchoire. Elle était dure au toucher, très fongueuse et saignante dans sa partie culminante. J'eus l'idée d'un épithéliome du plancher de la bouche ; tout me semblait plaider dans ce sens : c'était dans une région malade depuis longtemps, le malade avait soixante-six ans, avait plutôt maigri, était un peu jaune (comme beaucoup de vieux fumeurs), l'haleine était désagréable ; enfin c'était une tumeur fongueuse.

Un mois d'iodure de potassium n'amena aucun changement : au contraire, les fongosités occupaient toute la surface de la tuméfaction, et j'allais porter un pronostic des plus sombres, quand le malade attira mon attention par une sensation qu'il éprouvait depuis quelques jours. Il lui semblait que ses dent du haut rencontraient là parfois comme une pierre dure. Aussitôt j'explorai avec un instrument métallique, et je perçus facilement, sous les fongosités de la surface, un corps solide donnant le choc de la pierre. Séance tenante, avec une pince hémosta-

tique, je fis l'extraction, en deux moitiés, du calcul que vous venez de voir.

Le malade a été immédiatement soulagé, et est depuis complètement guéri. »

(*Normandie médicale.*)

### III. — Langue noire.

*M. J. Lohéac* a présenté à la Société anatomo-clinique de Lille deux cas curieux de langue noire.

Signalée pour la première fois par Roger (1835), la coloration noire essentielle de la langue, ou, plus simplement, la langue noire, a fait, depuis lors, l'objet de communications et de travaux assez nombreux, parmi lesquels il faut citer ceux de Gubler (1868), de Raynaud, de Ferréol. Plus récemment, en 1876, Laveau en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

La langue noire se présente généralement sous l'aspect d'une plaque d'un noir plus ou moins foncé, siégeant à la face dorsale de la langue. Cette plaque est elle-même constituée par des villosités couchées en différents sens, dues à une prolifération de l'épithélium qui s'hypertrophie en longueur, sous l'influence de causes encore inconnues, et qui, en même temps, devient plus réfringent.

Au milieu de ces villosités, l'examen microscopique a démontré la présence de microorganismes divers, notamment du leptothrix et aussi de spores ressemblant à celles du trichophyton (Magnin et Raynaud).

L'étiologie de cette affection bizarre est obscure ; les auteurs ont remarqué, et les observations de M. Lohéac viennent à l'appui de cette assertion, qu'elle se développe de préférence sur des vieillards ou sur des sujets affaiblis par une maladie antérieure, particulièrement sur ceux qui souffrent de troubles digestifs.

Le pronostic de la langue noire est très bénin ; c'est une affection purement locale, sans retentissement sur la santé générale, et ne troublant même pas les fonctions de l'organe.

Abandonnée à elle-même, la coloration noire disparaît sans laisser de traces, après un temps plus ou moins long, en s'atténuant progressivement, de la périphérie au centre.

Le traitement consiste essentiellement dans le raclage des villosités ; généralement une seule séance suffit ; les alcalins sont indiqués pour combattre l'acidité de la bouche, qui est presque la règle dans ces cas.

### IV. — Angiome de l'amygdale et du larynx.

*M. Magnan* a présenté à la Société d'anatomie un dessin reproduisant un angiome localisé au voile du palais, à la langue, à l'amygdale et au larynx.

L'individu porteur de cette affection s'est présenté à la clinique de M. le Dr Moure pour surdité déjà ancienne, datant de cinq ans, survenue à la suite d'otorrhée, surtout à gauche.

Actuellement on observe une surdité progressive, avec éclaircissement scléreux cicatriciel du tympan, des deux côtés.

L'interrogatoire sur les antécédents héréditaires ou personnels n'apporte aucun renseignement utile à propos de la genèse de l'angiome. Son père, en bonne santé, a soixante-dix ans ; sa mère est morte à cinquante ans, d'une phtisie pulmonaire ; ni l'un ni l'autre, pas plus que ses deux sœurs, bien portantes, ne présentaient de nævi.

A l'inspection du fond de la gorge, on observe sur la moitié gauche du voile, sur l'amygdale gauche, sur le côté gauche de la portion verti-

cale de la langue et sur la bande ventriculaire gauche, un angiome bien caractérisé par une dilatation variqueuse, d'une coloration violet sombre, due probablement à l'envahissement sanguin des cryptes amygdaliennes et à l'engorgement de tout le tissu aréolaire.

Les troubles sont nuls, et, bien qu'on ignore l'époque du développement de la tumeur, découverte seulement au moment de l'examen pratiqué par M. le Dr Moure, l'âge du malade est un garant de son non-accroissement et une contre-indication à toute intervention.

Cette présentation nous a paru intéressante par sa localisation laryngée, dont nous n'avons pu retrouver d'exemple dans les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet.

M. Moure ne connaît pas d'exemple de localisation d'angine sur les ventricules. Il en a observé un cas siégeant sur l'amygdale. M. Lichtwitz en a vu sur le pharynx ; ces localisations sont encore très rares. Il croit que c'est le premier exemple d'angiome du larynx.

M. Arnozan demande si le malade présente des lésions cardiaques. Il a examiné la malade de M. Lichtwitz à laquelle M. Moure vient de faire allusion, et elle présente, au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, un souffle systolique rude, avec frémissement et thrill, et il est très embarrassé pour dire à quelles lésions se rapportent ces signes stéthoscopiques qui ont été découverts par hasard, la malade n'ayant aucun trouble fonctionnel. Est-ce communication entre les deux circulations ? Il croit qu'il serait intéressant de rechercher chez le malade de M. Magnan s'il n'y a pas d'autres lésions de l'appareil circulatoire.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

### V. — Des paralysies post-anesthésiques.

*M. Vautrin* (de Nancy) a eu l'occasion d'observer trois cas de paralysie ayant atteint certains groupes musculaires après l'anesthésie au chloroforme. Bien que certains auteurs allemands leur donnent le nom de paralysies chloroformiques, il n'est pas du tout prouvé qu'elles soient réellement dues au chloroforme.

Il s'agissait, dans un cas, de chloroformisation pour l'ablation d'un papillome lingual. Le malade fut trouvé atteint, à son réveil, d'une paralysie du deltoïde, du biceps et du brachial antérieur du côté droit. Malgré le traitement : douches, massage, électrisation, cette paralysie, quoique améliorée, n'est pas guérie depuis 1890.

Dans un autre cas, on avait affaire à un malade qui, après anesthésie pour une cure radicale d'hydrocèle, présenta une paralysie du deltoïde et du long supinateur droits, qui ne dura d'ailleurs que quelques jours.

Enfin, dans un dernier cas, il s'est agi d'une paralysie faciale complète qui dura une quinzaine de jours.

Un fait à noter dans ces observations, c'est que les paralysies post-anesthésiques intéressent le plexus brachial, surtout du côté droit; elles peuvent atteindre également les muscles de la face et s'accompagner de troubles oculaires, tels que dilatation de la pupille et amaurose. Ces paralysies se déclarent le plus souvent dès le réveil du malade, quelquefois aussi quelques heures ou quelques jours ensuite. La plus constante est celle qui intéresse le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, les supinateurs; les autres muscles peuvent être atteints également.

Les paralysies post-anesthésiques s'accompagnent parfois d'une perte de la sensibilité plus ou moins complète, qui reparaît bientôt. Leur durée est variable.

Pour ce qui concerne la pathogénie, il faut distinguer les paralysies

d'origine périphérique et les paralysies d'origine centrale. Les premières sont les plus nombreuses. Rudinger explique leur production par la position donnée au bras pendant l'anesthésie. Il se produirait alors une compression du plexus brachial entre la clavicule et la première côte ; de là, la paralysie. De même pour les tractions exercées sur le bras ou l'épaule. Il est cependant des cas où le bras est resté inerte sur la table d'opération, et où la paralysie s'est produite quand même. L'explication ne semble donc pas très juste. Il serait préférable de penser à une action toxique due au chloroforme.

Les paralysies d'origine centrale sont dues, d'après Kolisko, à des hémorragies cérébrales produites par les efforts des malades pendant la période d'excitation.

(*Indépendance médicale.*)

## VI. — Tumeur vasculaire de la langue.

*M. H. Caudier.* — L'auteur a eu l'occasion d'observer une jeune fille qui portait à la base de la langue, à gauche de la ligné médiane, une tumeur bleutée, molle, turgescente à certains moments, et qu'elle disait avoir connue depuis son jeune âge.

Cette tumeur ne l'avait pas gênée jusqu'à l'époque de l'apparition de ses règles; et à ce moment elle remarqua qu'elle augmentait de volume et la gênait pour déglutir. A 18 ans, cette tumeur se mit à saignoter.

A l'examen, on constate que la tumeur sessile est du volume d'une petite noisette, d'une couleur violacée qui se fond à la base avec la coloration normale de la langue. A la surface on voit nettement deux ou trois saillies mamelonnées qui donnent au tout l'aspect d'un paquet de vers. La consistance en est molle, et la tumeur se réduit par la pression, sans douleurs. Il y a pas de trace d'ulcération à la surface.

La tumeur était gênante, mais pas douloureuse ; le malade ne présentait ni traces de lésions cardiaques, ni d'autres tumeurs vasculaires, ni déformations congénitales.

L'auteur pensa à un angiome, quoiqu'il manquât à cette tumeur une caractéristique : l'émergence et l'afférence à la tumeur, de vaisseaux dilatés.

Comme traitement, il fit l'ablation de la tumeur,à l'anse froide, après pédiculisation sur une aiguille plongée dans la tumeur, et cocaïnisation préalable de la langue. Le tout se fit sans hémorragie,et il plaça même un point de suture pour réunir la plaie ; la malade guérit très rapidement en six ou sept jours. Elle faisait une antisepsie soignée de sa bouche.

Le fragment enlevé, très réduit, a été examiné après durcissement dans le formol et coloration en masse au carmin boriqué.

La tumeur tout entière, à un faible grossissement, se compose d'une série de papilles normales de la langue (papilles caliciformes) dont l'épithélium est admirablement conservé, mais qui présentent cette particularité que le vaisseau médian de la papille (artère) est le siège d'une dilatation considérable. La papille devient lacunaire, caverneuse.

Le revêtement interne de ces dilatations est un endothélium semblable à celui des papillaires. Au centre des dilatations il y a de nombreux globules sanguins.

Il s'agit donc d'une sorte d'angiome papillaire, ou mieux d'un papillome angiomateux, mais ne présentant pas les caractères des papillomes de la langue.

(*Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord.*)

### VII. — Traitement des pertes de substance du palais.

*Le Dr Le Dentu* a communiqué à l'Académie de médecine une note sur 46 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, traitées par l'uranostaphylorrhaphie ; la staphylorrhaphie et l'opération du bec-de-lièvre. Cette série de 46 cas se répartit de la manière suivante :

11 cas de fistules et de divisions acquises plus ou moins larges, d'origine opératoire ou pathologique, qui ont donné 8 guérisons complètes, 1 échec partiel et 2 échecs complets ;

35 cas de fissures congénitales, dont 10 sont à défalquer pour des raisons diverses; les 25 autres ont été traitées complètement et peuvent être groupées en deux catégories, suivant qu'elles sont accompagnées ou non de bec-de-lièvre.

Sur 10 opérations de fentes congénitales sans bec-de-lièvre, l'orateur a obtenu 10 succès complets;

Sur 15 cas de fissures congénitales accompagnées de bec-de-lièvre simple ou double, il y a eu 13 guérisons complètes; 2 fois il a persisté une petite communication entre la bouche et les fosses nasales.

En résumé, sur 36 staphylorraphies ou uranostaphylorraphies pour division acquise ou congénitale du voile et du palais osseux, on compte 31 succès complets, 3 petits échecs partiels à peu près inévitables, 2 échecs complets (divisions acquises).

Toutes ces opérations ont été pratiquées suivant les règles formulées par Trélat, généralement en une seule séance.

## Revue de Thérapeutique

### I. — L'acide chromique réactif de l'albumine (*Couturieux*).

Dans un tube à essai rempli aux 2/3 environ d'urine filtrée et *acide* (si l'urine était alcaline, l'acidifier légèrement avec une goutte ou deux d'acide acétique), on verse sans agiter deux ou trois gouttes d'acide chromique au dixième ; l'albumine se précipite alors sous forme de flocons jaunâtres plus ou moins denses selon la quantité renfermée.

Les avantages de cette méthode sont les suivants : rapidité, commodité, sensibilité extrême (à 1 cent millième), absence d'erreurs (l'acide chromique ne précipite que la sérine).

(*Revue Médicale.*)

### II. — Traitement de l'épistaxis.

M. Lermoyez a indiqué à la Société médicale des hôpitaux un moyen très simple d'arrêter un épistaxis.

L'écoulement se fait toujours à la partie antéro-inférieure de la cloison, ce dont on peut s'assurer en relevant l'aile du nez. Il est produit par une érosion de la muqueuse, qui est irriguée à ce niveau par la branche interne de la sphénopalatine, branche qu'on pourrait appeler *artère de l'épistaxis.*

Il suffit de faire une cautérisation au nitrate d'argent pour voir l'hémorragie s'arrêter d'une façon certaine.

(*Thérapeutique contemporaine.*)

III. — De l'acide picrique dans le traitement des brulures (*Pressc. Méd.* et *Form. Mensuel*).

L'acide picrique peut être employé de trois façons différentes :

1° En saupoudrant la surface de la brûlure avec cette substance à l'état pulvérulent ;

2° En recouvrant la lésion de compresses imbibées d'une solution saturée d'acide picrique ;

3° En immergeant la partie blessée dans un bain picriqué à saturation.

Les deux derniers procédés sont les seuls conseillés par M. Thiéry ; le premier peut présenter des inconvénients que nous exposerons plus bas

Pour l'application du deuxième, avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Acide picrique.................................. | 12 grammes. |
| Eau bouillie tiède..... ....................... | 1 litre. |

refroidie et décantée, on imbibe des compresses de tarlatane qui seront appliquées, humides, sur toute l'étendue de la brûlure, puis recouvertes d'une épaisse couche de coton hydrophile et d'un bandage approprié. Il ne faut jamais interposer de substance imperméable entre le coton et les compresses, car ce pansement doit être sec, et il ne peut le devenir que par une évaporation rapide.

Avant d'appliquer ce pansement, il faut d'abord débarrasser la brûlure de tous les corps gras ou autres qui auraient pu être appliqués à sa surface, et laver ensuite à l'eau boriquée tiède. Les phlyctènes seront vidées par une simple ponction, car la sérosité s'opposerait à l'accolement de la couche cornée soulevée aux couches sous-jacentes ; mais il faut se garder de les déchirer.

Au sortir de ce bain, le membre sera entouré d'ouate hydrophile, si tout l'épiderme est conservé. Dans le cas contraire, une légère couche de gaze stérilisée aura pour but d'empêcher l'ouate d'adhérer. Sur les muqueuses du rectum et du vagin, le pansement picriqué donne également de bons résultats ; l'acide picrique fixe les éléments de la muqueuse et prévient leur désorganisation. Dans les brûlures de la bouche, son amertume le rendra souvent d'un emploi difficile.

Dans tous les cas, le pansement à l'acide picrique sera un pansement rare ; il devra être renouvelé tous les trois jours au plus.

A côté de ces avantages nombreux, le promoteur de cette méthode lui-même reconnait qu'elle n'est pas sans présenter quelques inconvénients.

Quant aux dangers, ils sont imaginaires. L'acide picrique, chrysoleptique ou carbazotique, qui n'est autre chose que la mélinite, est un corps difficilement explosible à l'état solide. Sa solution peut être portée à l'ébullition sans aucun danger ; elle ne peut, quelque insistance qu'y mette l'expérimentateur, faire explosion. Les pièces de pansement sont détruites par le feu sans aucun accident.

Il n'est pas toxique. Son absorption peut, il est vrai, déterminer une coloration jaune des téguments et des sclérotiques ; mais cet inconvénient ne s'est jamais accompagné du moindre symptôme d'empoisonnement : il y a imprégnation, mais non intoxication.

(*Thérapeutique contemporaine.*)

IV. — Traitement des morsures de serpent.

Le *Bulletin de Thérapeutique* publie une lettre du Dr Corislano d'Utra, de Saint-Paul (Brésil), qui indique un mode de traitement des morsures de serpent qui lui a, paraît-il, réussi sur plus de cent personnes,

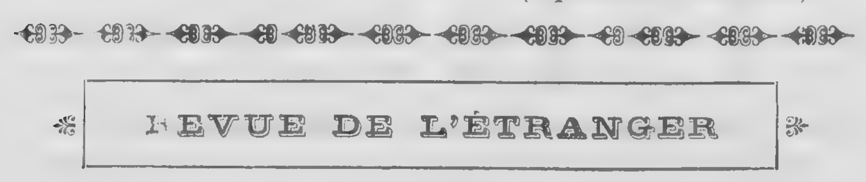
sans qu'il ait eu à déplorer un seul décès. Ce traitement consiste à administrer au malade 2 grammes de calomel dans 30 grammes de jus de citron, et à répéter la dose toutes les deux heures ; à la troisième dose, le malade est hors de danger, et le lendemain il peut vaquer à ses occupations.

M. Corislano d'Utra signale ensuite, dans sa lettre, un moyen préventif bizarre, qui permet d'éviter les morsures de serpent : ce moyen consiste à porter sur soi 5, 10 ou 20 grammes de sublimé dans un petit sachet, attaché à un endroit quelconque du corps.

« Chose admirable, dit-il, les serpents s'enfuient à l'approche d'une personne munie de cette substance, et, s'ils arrivent à mordre, la piqûre est inoffensive. Il n'y a pas longtemps, un chien protégé de la sorte a poursuivi un serpent à sonnettes qu'il a mis en morceaux après avoir été piqué au museau et sur différentes parties du corps ; ce chien, toujours alerte, continua la chasse, et il vit encore.

« Ce sont là, ajoute-t-il, les moyens neutralisants et préventifs dont je me sers, et qui sont pratiques, infaillibles et à la portée de tous. Par leur réussite, ces procédés sont hors concours. »

(*Répertoire de Pharmacie*).




## ÉTUDE SUR L'ÉMAIL.

Par M. J. L. Williams.

Les recherches faites depuis deux ans par M. J.-L. Williams démontrent en détail le rôle joué par les micro-organismes dans la désintégration de l'émail. Miller s'était occupé plus particulièrement de la nature des bactéries participant au processus de la carie, de leur mode de vie et de leur genre d'action, surtout en ce qui concerne la dentine ; mais s'il avait prévu clairement la nature probable de la dissolution de l'émail par l'intermédiaire de certaines bactéries, il n'en avait pas donné tous les détails. Il fallait jeter une nouvelle lumière sur le problème de la carie à son début, non seulement à cause de l'intérêt pathologique de la question, mais à cause de sa portée clinique. Aussi l'origine bactérienne de la carie dentaire, même malgré les démonstrations de Miller, compte beaucoup d'adversaires, qui trouvent la théorie insuffisante comme explicacation de l'étiologie de l'affection ; pour eux, celle-ci tient surtout à des imperfections ou à une faiblesse native des tissus dentaires, en même temps qu'à une prédisposition constitutionnelle. Ils admettent, du reste, que les irrégularités de la surface de la dent, sillons ou fissures, creux ou fractures de la couche adamantine, sont un élément nécessaire dans le développement des surfaces cariées, car c'est par eux que les hydrocarbones peuvent trouver un logement pour fermenter et fournir les acides nécessaires à la dissolution de l'émail. A vrai dire, toute la question des causes

prédisposantes de la carie dentaire demande à être élucidée ; sous ce rapport, les recherches de M. Williams contribueront beaucoup à l'étude de l'étiologie de cette affection. Son mémoire, présenté à la Société odontologique de New York, avait pour but de démontrer certains faits qui peuvent être aisément vérifiés par tous ceux qui s'occupent de ces questions. Il montre que la morphologie de la surface dentaire n'est pas la cause prédisposante de la carie, non plus que la densité ou le défaut de sa structure, et que c'est l'entourage de la dent qui contribue seul à produire la maladie.

Cette conclusion avait été déjà entrevue, sinon énoncée, à la fois par Miller et Black, bien que ceux-ci y soient arrivés par une voie différente. La démonstration de M. Williams est péremptoire, et il l'a faite par une étude comparative des défauts de l'émail et des imperfections de structure des dents humaines avec des défauts exactement semblables sur les dents des animaux, montrant que dans les premières les défectuosités de l'émail sont le siège de carie commençante ou pleinement établie, tandis que, dans les défauts similaires des dernières, la carie fait défaut.

Il a démontré en outre que, si les irrégularités de la surface dentaire, chez l'homme, favorisent le séjour des bactéries, en leur assurant un logement, de pareilles irrégularités ne sont aucunement un facteur nécessaire comme prédisposition. Par des moyens habiles de technique microscopique, on a pu faire des préparations montrant des masses de micro-organismes *in situ*, intimement adhérents à l'émail lisse de la surface proximale, et s'étendant sur la face triturante de la couronne sous forme de pellicule continue. Cette bande de micro-organismes a l'aspect d'une végétation d'algues sur un bloc plongé dans l'eau, et l'adhérence est telle qu'elle résiste à l'usure du spécimen et à son montage. Immédiatement au-dessous de cette bande l'action dissolvante des produits acides de la fermentation déterminée par les bactéries est des plus manifestes sur la structure de l'émail.

Le moyen de rétention des bactéries *in situ* est la formation d'une masse bien feutrée de micro-organismes, recouvrant la dent comme une pellicule, et leur adhérence à l'émail est tout à fait indépendante d'irrégularités mécaniques de la surface adamantine.

Il est donc évident que l'enlèvement de cette pellicule par l'action détersive de dentifrices convenables est une considération aussi importante dans la prophylaxie des dents contre la carie, que leur traitement antiseptique.

Le mode de désintégration de l'émail par les produits acides de l'action bactérienne est un trait fort intéressant et fort important que ces recherches ont révélé.

Les micro-photographies, au nombre de cent, qui accompagnent le mémoire de M. Williams, portant sur cette phase du sujet, que le processus destructif soit à son début ou dans ses périodes finales, montrent une différence notable dans la solubilité de la calcoglobuline qui compose les prismes de l'émail complètement formés, et dans celle de la calcoglobuline amorphe

ou granuleuse qui forme la matière agglutinante interprismatique aussi bien que la couche granuleuse. Dans tous les cas, le travail de désintégration suit la ligne de résistance moindre, déterminée par la plus grande solubilité de la calcoglobutine granuleuse dont il vient d'être question ; la substance interprismatique se dissout tout d'abord, et les prismes de l'émail se trouvent désagrégés.

Cette différence entre la solubilité des prismes de l'émail et celle de la calcoglobuline amorphe semble expliquer les différences relatives que la clinique observe dans la résistance de diverses dents au processus de la carie. Les recherches de Black et celles de Tomes tendent à montrer que, sous le rapport de la densité et de la composition chimique, les variations des dents de toutes catégories sont extrêmement faibles, si faibles que les termes de *dents dures* et de *dents molles* ne signifient rien du tout, et Black s'accorde avec M. Williams pour regarder l'entourage de la dent comme le seul facteur prédisposant à la production de la carie dentaire.

La résistance à l'effort mécanique est une chose, mais la résistance à l'action dissolvante d'un acide en est une autre. Il n'est pas surprenant que la calcoglobuline, en tant que régulièrement déposée dans le prisme adamantin ou comme substance interprismatique amorphe, doive avoir la même composition chimique; dès lors, il n'est pas étonnant qu'elle offre à peu près la même résistance à l'effort mécanique. Mais, avec la grande différence de solubilité des deux genres de calcoglobuline que montrent les préparations de M. Williams, la question de la carie devient une question non de densité ou de composition chimique, mais de proportion relative de la calcoglobuline amorphe cellulaire régulièrement calcifiée et normalement disposée, et de la solubilité relative de ces deux variétés de calcoglobuline dans l'acide lactique. Les conditions de la dissolution de l'émail indiquées par M. Williams sont rigoureusement analogues à celles signalées par Tyndall, dans son expérience pour démontrer ce qu'il appelait la *non-cristallisation* de la glace. Une lame de glace limpide et d'apparence amorphe était interposée dans le faisceau lumineux d'une lanterne à projection, et la lumière transmise formait son foyer sur l'écran au moyen d'un objectif photographique. Les rayons de chaleur venant de la lanterne faisaient tomber à part les cristaux de glace par suite de la fusion de la matière unissante d'eau congelée, montrant que, quoique le corps fût apparemment amorphe, de même densité et de même composition chimique dans toute sa masse, il contenait des cristaux de glace qui se liquéfiaient moins rapidement, sous l'influence de la chaleur, que la glace intercristalline.

(*Dental Cosmos.*)

## II. — Coiffage de la pulpe.

M. Stocker, dans l'*Odontologische Blätter*, conseille l'emploi de la *pulpine* et de l'*antiseptine* pour le coiffage de la pulpe.

La *pulpine* est un liquide sirupeux brun foncé qui dépose un précipité.

L'*antiseptine* est une poudre brunâtre.

L'auteur procède d'abord à un curettage minutieux du fond de la cavité, en évitant toutefois de faire saigner la pulpe, puis il lave abondamment à l'eau tiède. Il dépose ensuite dans le fond de la cavité une boulette de coton imprégée de *pulpine* et d'*antiseptine*, et obture par dessus en évitant la pression sur le fond.

Lorsque la pulpe suppure, il ajoute un peu de salubrol.

III. — L'ANGINE DE LUDWIG.

Sur 25.000 cas chirurgicaux P. Michalkin a recueilli en 5 ans cinq observations de cette maladie. Dans 4 où l'intervention chirurgicale fut demandée il y eut guérison; dans le 5e l'opération fut refusée, et la terminaison fut fatale. Quant à l'étiologie: on constata 2 fois une lésion de la muqueuse buccale; dans les autres cas on ne put en aucune façon établir l'origine de l'infection. Au début de la maladie, l'auteur croit utile de tenter la pratique de Hüter, des injections parenchymateuses de solution phéniquée à 2 0/0 ou 3 0/0, répétées 4 ou 5 fois par jour; mais quand il y a du pus sous la capsule de la glande sous-maxillaire, il peut y avoir récidive.

(*La Clinica moderna.*)

---

# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

## TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e ch.).

*Audience du 4 juin 1897.*

DENTISTE. — INDEMNITÉ STIPULÉE, EN CAS DE RENDEZ-VOUS MANQUÉ, SUR UNE CARTE REMISE AU CLIENT A SON ENTRÉE. — POUVOIR SOUVERAIN D'APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX QUANT AUX HONORAIRES DU DENTISTE.

*La carte remise au client, à son entrée dans le cabinet du dentiste, ne le lie pas envers le praticien quant au paiement du chiffre stipulé pour rendez-vous manqué.*

*Les tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation des honoraires réclamés.*

Le Tribunal :

Attendu qu'Evans, à l'appui de sa demande, représente une carte qu'il fait remettre à chacun de ses nouveaux clients, à leur arrivée dans son cabinet, carte indiquant le tarif de ses opérations et sur laquelle est mentionné qu'un rendez-vous manqué sans avoir prévenu la veille, entraîne le paiement d'une indemnité de 100 francs ;

Attendu que rien ne démontre que cette carte ait été réellement remise à la dame de Lignac ;

Que, l'eût-elle reçue, il n'en résulterait pas encore nécessairement qu'elle en ait pris une connaissance suffisante pour qu'on puisse en induire qu'il y ait eu accord formel des volontés sur cette convention qui entraînerait l'engagement de la défenderesse ;

Attendu, dans ces conditions, que le tribunal a un pouvoir souverain d'appréciation en tenant compte tout à la fois de la situation du chirurgien-dentiste, de la nature des opérations et de la situation de la dame de Lignac ;

Qu'il a les éléments nécessaires pour fixer à 400 francs le montant de la créance du docteur Evans ;

Attendu qu'il résulte des renseignements fournis à l'audience, que la dame de Lignac est séparée de biens ;

Par ces motifs,

Condamne la dame de Lignac à payer à Evans la somme de 400 francs, avec les intérêts de droit, et aux dépens.

Le Dr J. Evans réclamait à la dame de Lignac le paiement d'une somme de 628 francs dans lesquels le rendez-vous manqué entrait pour 100 francs. Les autres éléments constitutifs de la note consistaient en opérations, obturations, traitement, nettoyages, basés à raison de 10 francs par traitement, 30 francs l'obturation, 50 francs le nettoyage, 20 francs l'opération.

Le Tribunal a usé de son pouvoir souverain pour réduire d'abord les 100 francs du rendez-vous manqué, et diminuer les autres articles de la note ; ce système est de jurisprudence constante.



# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

*Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.*

Nous attirons à nouveau l'attention des membres de l'Association sur l'utilité de la création de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès. Nous avons reçu un certain nombre d'adhésions, et nous ne doutons pas que le minimum de 40 adhésions ne soit bientôt atteint.

A la demande de plusieurs de nos correspondants, nous publions à nouveau les statuts, en faisant un dernier et pressant appel à nos confrères.

Envoyer les adhésions à M. Claser, président de la Caisse de prévoyance des dentistes, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

STATUTS ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 30 JANVIER 1897.

*Titre I. — Origine et but de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.*

Art. 1er. — En dehors de la Caisse de prévoyance, l'Association géné-

rale des dentistes de France patronne une Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès aux conditions stipulées ci-après (art. 18).

Art. 2. — Il est formé entre les membres de l'Association générale exerçant et résidant en France et qui adhèrent aux présentes dispositions une Société dénommée : Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès. Elle a pour but d'assurer, en cas de décès du sociétaire, une allocation de huit cents francs à ses ayants droit ou à telles personnes nommément désignées par l'adhérent.

*Titre II. — Dispositions générales. Risques garantis.*

Art. 3. — Toute demande d'adhésion devra indiquer les nom, prénoms, date de naissance, profession et domicile du sociétaire ; ces renseignements servent de base pour l'administration de la Société.

Art. 4. — L'indemnité de 800 francs ne peut être acquise qu'après l'expiration de la 5e année, à compter du jour de l'adhésion et du paiement de la 1re cotisation, et qu'après justification du versement régulier des 5 cotisations afférentes à ces cinq années.

Art. 5. — Hormis la restriction stipulée à l'art. 4, l'indemnité est due, quel que soit le genre de mort auquel succombe l'adhérent, que ce soit par suicide, en voyage ou pendant le service militaire, en temps de paix ou de guerre, etc.

*Titre III. — Du paiement des cotisations.*

Art. 6. — La cotisation, fixée à 20 francs pour les adhérents âgés de moins de 45 ans, à 25 francs pour ceux de 45 à 50 ans, et à 30 francs pour les sociétaires de 50 à 55 ans, est payable sans fractionnement, par année, d'avance et pendant toute la vie.

Elle devra être versée nette de tous frais au trésorier avant le 25 janvier de chaque année. Le sociétaire doit, de plus, un droit d'entrée de 2 francs, une fois payé, pour frais d'administration.

La Société n'admet pas de membres âgés de plus de 55 ans.

Art. 7. — Le sociétaire ayant laissé expirer le 25 janvier sans s'être acquitté, recevra un avertissement, à l'affranchissement ordinaire, lui accordant une nouvelle période de 8 jours. Faute de paiement après ce délai, le membre sera radié 8 jours après l'envoi d'une lettre recommandée, détachée d'un livre à souche et contenant un dernier rappel de l'échéance.

Cette prescription ayant été appliquée, le sociétaire radié aura néanmoins la faculté de rétablir son droit à l'assurance jusqu'au 25 avril de la même année, moyennant un versement invariable de 5 francs.

Art. 8. — Le sociétaire, en versant sa cotisation en retard, sera tenu d'y joindre le montant des frais d'avertissement indiqué sur la lettre de rappel.

Art. 9. — Le sociétaire radié pourra toujours être réadmis dans la Société au même titre qu'un adhérent nouveau, et sans qu'il soit tenu compte du temps passé précédemment, en ce qui concerne la restriction des 5 années stipulée à l'art. 4.

Art. 10. — Aucune cotisation versée ne peut donner lieu de la part du sociétaire ou de ses ayants droit soit à réclamation, soit à répétition.

*Titre IV. — Résiliation.*

Art. 11. — En cas de cessation de paiement des cotisations, le Sociétaire est radié et l'indemnité cesse *ipso facto*; de plus, ses cotisations versées sont acquises à la Société de prévoyance, si leur total est inférieur à cinq. Si, au contraire, le sociétaire a fait au moins cinq verse-

ments annuels, il a droit à un remboursement de 25 0/0 de la somme totale qu'il a payée, et qui reste à sa disposition pendant *six* mois, sans intérêts. Passé ce délai, cette somme fait retour à la Société de prévoyance.

Art. 12. — Le sociétaire qui se domicilie à l'étranger perd ses droits à l'indemnité et sa cotisation est liquidée ainsi qu'il est stipulé à l'art. 11. Il en est de même de celui qui cesse de faire partie de l'Association générale des dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris.

*Titre V. — Paiement de l'indemnité.*

Art. 13. — L'indemnité de 800 francs due par la Société est payable à qui de droit et sans intérêts dans les huits jours qui suivent la production des pièces justificatives, notamment de celles constatant la date de naissance et le décès du sociétaire, la qualité et les droits du bénéficiaire et enfin la dernière quittance de cotisation payée.

A moins de force majeure, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux prescriptions du § qui précède dans les six moix à compter du décès. Après ce délai, la Société ne sera tenue qu'à un remboursement, ainsi qu'il est stipulé au titre IV (art. 11).

Art. 14. — Cette indemnité n'est acquise qu'après cinq années de présence dans la Société, ainsi qu'il est stipulé à l'art. 4.

Si le sociétaire venait à décéder avant cette période de cinq ans, ses ayants droit seraient admis à recevoir le remboursement des cotisations versées sans intérêts, en se conformant aux stipulations de l'art. 13, pour la production de leurs droits.

Art. 15. — Les sommes non réclamées dans les cinq ans de leur exigibilité sont prescrites au profit de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

*Titre VI. — Administration et comptabilité.*

Art. 16. — La Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est administrée par le Comité de prévoyance de l'Association générale des dentistes de France, qui lui constituera une caisse et une comptabilité particulières.

A ce Comité d'administration seront adjoints deux sociétaires adhérents pour assister à ces réunions à titre de censeurs.

Art. 17. — Le président et le Conseil d'administration de l'Association générale, ainsi que les censeurs, ont tout pouvoir d'examen et de contrôle sur les actes de la Société auxiliaire.

Art. 18. — Le Comité de prévoyance de l'Association présente chaque année à l'assemblée générale de l'Association un rapport et un inventaire sur l'état de la caisse et des réserves, ainsi que sur le fonctionnement de la Société.

Les censeurs feront, au même moment, un rapport à leurs commettants, où ils approuveront les résultats du rapport du Comité de prévoyance.

Art. 19. — En aucune circonstance l'Association générale ne sera rendue responsable, si les comptes de la Société de prévoyance se soldaient en perte, pas plus qu'elle ne serait appelée à profiter des excédents créditeurs.

Ces excédents seraient versés à un compte de réserve de prévoyance, destiné à parer aux risques exceptionnels d'une guerre ou d'une épidémie, ou à combler un inventaire à résultat négatif.

*Titre VII. — Placement des fonds.*

Les fonds seront placés en rente française ou en valeurs garanties par l'Etat français ou en prêts hypothécaires ou prêts aux membres de la Société de prévoyance, jusqu'à concurrence de la valeur de remboursement de leur assurance et au taux fixé par le Conseil d'administration.

*Titre VIII. — Dispositions diverses.*

La durée de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est subordonnée à la durée de l'Association générale des dentistes de France, dont elle ne peut être séparée.

La Société de prévoyance est basée sur le principe de la mutualité; en conséquence, si l'expérience démontrait que la cotisation de 20 francs est trop faible pour garantir la somme de 800 francs, elle pourrait être augmentée, ou le capital assuré pourrait être diminué dans les proportions fixées par le Comité d'administration et ratifiées par l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France.

---

## CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

**Session de Paris, 28, 29, 30 octobre 1897.**

### RÈGLEMENT.

Article Premier. — **Constitution du Congrès.** — Un Congrès dentaire national se tiendra tous les ans dans l'une des grandes villes de France, dans la deuxième quinzaine d'août. Les séances dureront trois jours. Elles comporteront des démonstrations cliniques et des discussions orales sur les sujets à l'ordre du jour en Odontologie. La ville qui sera le siège du Congrès suivant sera désignée par le Congrès dans sa dernière séance.

Art. 2. — **Conditions d'admission.** — Tous les dentistes, médecins et fournisseurs pour dentistes pourront faire partie du Congrès. Un dentiste ou un médecin se recommandant au public par la voie d'affiches, prospectus, réclames, ou par tout autre moyen de publicité contraire à la dignité professionnelle, ne peut faire partie du Congrès. Le Bureau central et le Bureau local peuvent refuser l'adhésion de tout dentiste ou médecin qui se trouve dans le cas ci dessus. Il peut être appelé de cette décision devant les Bureaux réunis.

Art. 3. — **Administration et Direction.** — Le Congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1° Un Président nommé pour l'année suivante par le Congrès dans sa dernière séance;

2° Un Bureau central de six membres de la région parisienne, nommés par le Congrès dans sa dernière séance;

3° Un Bureau local de six membres, nommés par les dentistes de la région de la ville qui sera désignée comme siège du Congrès;

4° Un Bureau non régional composé de six membres choisis parmi les adhérents au Congrès, et pris dans toute la France, région du Congrès et région parisienne exceptées. Ces six membres seront nommés dans la première séance du Congrès.

Le Bureau central est chargé de la direction scientifique, de la publication des travaux et de l'administration générale du Congrès.

Le Bureau local est chargé de l'organisation matérielle du Congrès: démonstrations, lieux de conférences, réceptions, fêtes.

Le Bureau non régional est chargé de représenter les congressistes qui ne font partie ni de la région parisienne ni de la région locale.

Les pouvoirs du Bureau central et du Bureau local durent jusqu'à la nomination de leurs successeurs. Leur délégué devra fournir un rapport financier et administratif au bureau nouvellement élu, dans un délai d'un mois après la clôture du Congrès.

Le Bureau central désigne six mois à l'avance la ou les questions principales qui seront mises à l'ordre du jour du Congrès.

En cas de conflit, le différend est jugé en une réunion des deux bureaux, à la majorité des voix.

ART. 4. — COMPOSITION DU BUREAU

PRÉSIDENT DU CONGRÈS.

| *Bureau central.* | *Bureau local.* | *Bureau non régional.* |
|---|---|---|
| Il est composé : | Il est composé : | Il est composé |
| D'un Président, | D'un Président, | de |
| D'un Secrét. général, | D'un Secrét. général, | Six membres. |
| D'un Trésorier, | De deux Secrétaires, | |
| D'un Secrétaire, | De deux membres. | |
| De deux membres. | | |

Le président de chaque bureau est vice-président du Congrès.

Le Bureau local pourra s'adjoindre des commissaires ; ceux-ci n'auront pas voix délibérative.

Le président du Congrès et le président du Bureau central ne pourront être élus deux années de suite.

ART. 5. — **Modifications au Règlement.** — Le présent Règlement, ainsi que toute disposition qui y prendrait place, pourra être modifié par le Congrès dans sa dernière séance.

Toute proposition de modification au Règlement devra réunir au moins cinq signatures et être déposée à la première séance, afin que le Bureau en délibère.

ART. 6. — Les membres du Bureau central et du Bureau local doivent se réunir dans la ville désignée, le jour qui précède l'ouverture du Congrès, en une séance d'installation, pour régler l'ordre des discussions et statuer sur les questions financières et administratives.

Ils délibèrent en commun et décident à la majorité des voix.

Les Bureaux réunis sont présidés par le président du Congrès; à son défaut par le président du Bureau central ou du Bureau local, la préférence étant donnée au plus âgé.

ART. 7. — Les membres des bureaux sortants ont de même une séance de clôture, après la dernière séance du Congrès. Dans cette réunion, ils nomment :

1° Une commission de cinq membres chargée de la publication des travaux du Congrès;

2° Un délégué chargé de la liquidation définitive. Ils approuvent les comptes du Trésorier, décident sur l'emploi des fonds et transmettent leurs pouvoirs au nouveau Bureau central. Les membres de ce dernier peuvent assister à la réunion : ils ont seulement voix consultative.

ART. 8. — En dehors de ces deux séances réglementaires, les Bureaux se réunissent, pendant la durée du Congrès, autant de fois que cela est nécessaire.

ART. 9. — Les Assemblées générales sont présidées par le président du Congrès; le banquet de clôture par le président du Bureau local.

Les séances de sections et celles de démonstrations sont présidées

par les présidents et vice-présidents, d'après les désignations des Bureaux réunis.

En cas d'empêchement du président du Congrès, le président du Bureau central ou le président du Bureau local le remplacent, dans l'ordre établi plus haut.

ART. 10. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques;

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale;

3° Prothèse et orthopédie dentaires;

4° Déontologie et enseignement.

ART. 11. — Les questions traitées seront de deux ordres:

Les unes proposées à l'avance par le Bureau central, les autres librement choisies.

Le titre, un résumé des communications et un exposé des démonstrations doivent être communiqués par leur auteur, un mois à l'avance, au président ou au secrétaire général du Bureau central.

ART. 12. — Toute communication ou démonstration peut être refusée si elle n'est pas produite réglementairement, ou si elle est jugée sans intérêt scientifique ou professionnel.

Les démonstrations auront lieu dans la matinée, de 9 à 11 heures; les communications orales l'après-midi, de 2 à 4 heures.

ART. 13. — Il est nommé un rapporteur pour ouvrir la discussion sur chacune des questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

Les conclusions de ces rapports sont imprimées et distribuées aux congressistes avant l'ouverture de leur discussion. Les rapporteurs et les auteurs de communications auront vingt minutes pour la lecture de leurs rapports ou communications; les orateurs qui leur répondront ne pourront parler plus de dix minutes sans un vote de l'assemblée.

ART. 14. - **Du Comité de Publication.** — Il est composé de cinq membres, auxquels sont adjoints le président et le trésorier sortants du Bureau central. Il décide sur l'insertion des communications en tout ou partie dans les comptes rendus des travaux du Congrès.

ARTICLE ADDITIONNEL. — Les dentistes résidant à l'Etranger peuvent faire partie du Congrès. Les communications et discussions doivent se faire en français.

NOTA. — La cotisation est fixée à **15 francs** et donne droit au compte rendu des travaux du Congrès.

Les souscriptions doivent être adressées à M. STÉVENIN, boulevard Haussmann, 138.

*Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à* M. MENDEL JOSEPH, *Secrétaire général*, 34, *boulevard Malesherbes, Paris.*

---

## SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

*Conseil d'administration.*

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1897.

*Présidence de* M. DE MARION, *président.*

Présents : MM. de Marion, Jacowski, Bruel, Rollin, Paulme, Hervochon, Ronnet et Fabre.

Excusés : MM. Stévenin, Dr Sauvez, Martinier.

Sans excuse : M. Bonnard.

Les candidatures de MM. Duvivier, 1, rue Ordener ; Thuillier, 24, rue de l'Hôpital, à Rouen ; Fleischmann, 9, place des Jacobins, à Lyon ; Daclin, boulevard de la République, à Chalon-sur-Saône, sont mises aux voix et adoptées.

La candidature de M. L. Martin à Saumur, parrains : MM. Stévenin et Hervochon, est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. MM. Paulme et Rollin sont chargés de prendre les renseignements nécessaires.

M. le Président avertit le Bureau que la prochaine séance trimestrielle publique aura lieu le 27 mars 1897.

Il propose de mettre à l'étude la question d'avoir pour le Syndicat une adresse fixe, afin que la correspondance arrive le plus directement possible.

Le Bureau du Conseil envoie à M^me^ Duperré des compliments de condoléance pour la perte douloureuse qu'elle vient de subir en la personne de M. Duperré, chirurgien-dentiste à Limoges.

M. le Président fait part au Bureau du fâcheux accident survenu à M. Stévenin, le dévoué et sympathique secrétaire général ; le Bureau décide à l'unanimité d'envoyer à M. Stévenin l'assurance de sa sympathie tout entière.

## SÉANCE DU 27 MARS 1897.

*Présidence de* M. DE MARION, *président.*

Présents : MM. de Marion, Rollin, Bruel, Paulme, Hervochon, D^r^ Sauvez, Debray, Sautier.

Excusés : MM. Stévenin, Ronnet, Fabvre et Poteau.

Sans excuses : MM. Bonnard et Jacowski.

La candidature de M. L. Martin, de Saumur, est mise aux voix et adoptée.

La candidature de M. L. Laurent, à Vernon (Eure), parrains : MM. de Marion et Jacowski, est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. MM. Rollin et Paulme sont chargés de prendre les renseignements nécessaires.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Bonnard qui donne sa démission de vice-président[1] du Syndicat. Une délégation de deux membres (MM. de Marion et Bruel) est nommée, avec mission de voir et d'engager M. Bonnard à retirer sa démission.

M. le Président donne lecture de la lettre suivante de M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

« Paris, le 10 février 1897.

» Monsieur,

» Vous avez bien voulu m'adresser, au nom du Conseil d'Administration du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, une double demande à l'effet d'obtenir :

» 1° Qu'aucune facilité ne soit accordé aux étrangers en vue de l'obtention du diplôme français de chirurgien-dentiste ;

» 2° Que des chirurgiens-dentistes pris en dehors des Ecoles dentaires fassent partie des jurys d'examen.

» Sur le premier point, j'ai l'honneur de vous informer que, d'accord avec le Comité consultatif de l'enseignement public, j'ai décidé d'appliquer aux étrangers, candidats au titre de chirurgien-dentiste, les règles prescrites par une circulaire du 21 juillet 1896, au sujet des étudiants en médecine de nationalité étrangère.

» Sur le deuxième point, permettez-moi de vous faire remarquer que,

1. Le procès-verbal contient une erreur : M. Bonnard a adressé sa démission de *membre du Conseil.* Il n'était plus vice-président depuis plusieurs mois.

depuis la promulgation du décret du 31 décembre 1894 qui reconnaît, dans certaines conditions, des écoles dentaires comme établissements libres d'enseignement supérieur, et par application de la loi du 18 mars 1880 qui a supprimé les jurys mixtes, les professeurs de ces écoles n'ont plus été appelés à siéger dans les jurys d'examens. Dès lors il a été décidé, après entente avec l'administration de l'Assistance publique, que les épreuves cliniques du troisième examen seraient subies dans les hôpitaux et que le jury comprendrait les chefs des services dentaires hospitaliers Cette combinaison me paraît de nature à offrir aux candidats les plus sérieuses garanties.

» Recevez, etc...

» *Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,*
Signé : » RAMBAUD. »

M. Rollin rend compte de la demande qu'il a faite au sujet de la question des contributions des patentes de chirurgien-dentiste. Il lui a été répondu que le droit proportionnel de patente sur l'habitation des chirurgiens-dentistes peut être supprimé.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1897.

*Présidence de* M. DE MARION, *président.*

*Présents* : MM. de Marion, Jacowsky, Bruel, Fabre, Ronnet, Martinier.

*Excusés* : MM. Stévenin et Hervochon.

Sans excuse : M. Rollin, Dr Sauvez, Paulme.

La candidature de M. Laurent, de Vernon (Eure), est mise aux voix et adoptée.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance :

M. Jules Bert, 172, rue du Temple ; parrains : MM. de Marion et Lemerle.

M. Barberet-Monastier, 41, rue de la République, à Lyon ; parrains : MM. de Marion et Stévenin.

M. le Président rend compte que la délégation nommée pour rendre visite à M. Bonnard a échoué dans sa démarche. Le Conseil, se rendant aux raisons données par M. Bonnard, accepte avec regret sa démission, et lui envoie l'expression de son entière sympathie.

Le Conseil du Syndicat vote à l'unanimité la protestation suivante :

« Certains membres du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France ont reçu le *Bulletin-Journal* de l'Association générale des Dentistes du S.-E. de la France, et se sont étonnés d'y avoir lu quelques entrefilets malveillants. Le Conseil du Syndicat regrette que des confrères aient cru devoir se servir de l'expression « coterie » à son égard. Il proteste énergiquement contre toute qualification tendant à dénaturer la direction de ses efforts. Le but du Syndicat n'a jamais été que le relèvement moral de la profession et l'application de la loi de 1892, sanctionnée récemment par un premier jugement du tribunal de la Seine. Le Syndicat entend toujours rester dans la voie de la légalité, sans jamais se montrer ni agressif ni partial ».

SÉANCE DU 28 MAI 1897.

*Présidence de* M. DE MARION, *président.*

Présents : MM. de Marion, Jacowsky, Stévenin, Bruel, Fabvre, Hervochon.

Excusés : MM. Rollin, Paulme.

Sans excuse : MM. le Dr Sauvez, Martinier, Ronnet.

La candidature de Mme Lesourd, 106, avenue Kléber, est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. Parrains : MM. de Marion et Bruel.

## LIVRES ET REVUES

THE ADMINISTRATION OF NITROUS OXIDE AND OXYGEN FOR DENTAL OPERATIONS, *by Dr Frederic Henritt, M. A. M. D., Anesthetist of the London Hospital, Charing Cross Hospital, the Dental hospital of London, etc.*

Sous la forme d'une plaquette à la fois élégante et discrète de 100 pages, l'auteur nous présente les résultats pratiques de ses onze années d'expériences dans l'administration du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène comme anesthésique pour les opérations dentaires. Cela veut dire bien des choses en peu de mots, et l'objectif de l'auteur a été en effet d'être complet et précis tout à la fois.

Ce petit manuel, très pratique, est divisé en huit chapitres : I. Introduction historique ; II. Appareils ; III. Préparations anti-opératoires; IV. Administration; V. Condition du patient; VI. Anesthésie ; VII. Cas exceptionnels ; VIII. Effets postanesthésiques.

Dans son exposé historique, l'auteur consacre quelques pages intéressantes aux travaux et expériences mémorables du professeur Paul Bert qui, le premier, trouva la brillante et ingénieuse idée d'administrer les mélanges titrés d'oxygène et de protoxyde d'azote. Il accorde également à M. Claude Martin, de Lyon, la première application systématique de la méthode de Paul Bert à la pratique dentaire.

Ce livre est plein d'indications utiles, déduites de sa longue expérience d'anesthésiste dans plusieurs hôpitaux de Londres, et exposé dans une langue tellement claire que les moins familiarisés avec la langue anglaise le liront avec profit.

MENDEL JOSEPH.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE

### BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

**Annequin.** — Tumeur veineuse de la glande parotidienne droite. Dauphiné méd., Grenoble, 1897, xxi, 37.

**Ardonne (F.).** — Tumeurs bénignes de l'amygdale. Rev. hebd., de laryngol., etc. Paris, 1897, xvii, pt. I, 209-229.

**Audry (C.) et Iversonne.** — Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale. Ann. de dermat. et syph., Paris, 1897, 3. s., viii, 75-78. — *Idem* : Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., Paris, 1897, viii, 38-40. — Epithélioma observé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée. *Ibid* : Ann. de dermat. et syph., Paris, 1897, 3. s., viii, 78-80. — *Idem* : Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., Paris, 1897, viii, 41-43.

**Berger**. — Diagnostic différentiel dans l'actinomycose du maxill. inf., Indépend. méd., Paris, 1897, iii, 57.

**Boucheron**. — Sérum antistreptococcique dans la sinusite maxillaire aiguë et dans le phlegmon aigu à streptocoques du sac lacrymal. Compt. rend. Soc. de biol., Paris, 1897, 18. s., iv, 218.

**Boyer**. — Traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne latérale. Province méd., Lyon, 1897, xi, 112-115.

**Brigiotti**. — Articulation défectueuse accompagnée de tic, corrigée par le rehaussement du maxillaire et l'application d'appareils prothétiques spéciaux fixes. Rev. odont., Paris, 1897, xvi, 4-8.

**Brindel**. — Un cas de kyste de l'épiglotte. Rev. hebd. de laryngol (etc.), Paris, 1897, xvii, pt. I, 161-169.

**Broca**. — Des polypes naso-pharyngiens Rev. prat. de trav. de méd., Paris. 1897, liv. 50.

**Bussenius et Siegel**. — La maladie aphteuse du bétail peut-elle se transmettre à l'homme ? Zeitsch. f. Klin. méd. xxxii, 1-2.

**Cerné**. — Lymphosarcome de la loge parotidienne. Normandie méd., Rouen, 1897, xii, 33-35.

**Chavasse**. — Constriction absolue des mâchoires par double ankylose temporo-maxillaire. Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1896, n. s., xxii, 814 818.

**De Greift (R.)**. — Un cas de paralysie des abducteurs de la glotte. Ann. Soc. de méd. d'Anvers, 1897, lix, 29-35.

**Delamare et Descazals**. — Les diverticules de l'œsophage et du pharynx. Gaz. des hôp., Paris, 1897, lxx, 165-173.

**Depage**. — Résection temporaire du maxillaire par le procédé de Kocher pour polypes naso-pharyngiens. Soc. roy. d. sc. méd. et nat. de Brux. Bull., 1897, lv, 7-5.

**Ducournau (F.)**. — Anomalies dentaires. Rev. odont., Paris, 1897, xvi, 57-60.

**Gires**. — L'holocaïne ; contribution à l'étude de son action physiologique ; de son emploi comme anesthésique en ophtalmologie et en stomatologie. Thèse, Paris, 7 juillet 1897.

**Garis (C.)**. — La chirurgie du cancer de la langue au début. Rev. internat. de rhinol., otol. et laryngol., Paris, 1897, vii, 45.

**Griner (A.)**. — Un cas de perforation acquise du pilier antérieur. Ann. d. mal. de l'oreille, du larynx, etc., Paris, 1897, xxiii, 128-132.

**Klippel (M.) et E. Lefas**. — Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques. Compt. rend. Soc. de biol., Paris, 1897, 10. s., iv, 143-145. — Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face. *Ibid* : 181-183.

**Launois (P. E.)**. — Parotidite unilatérale chez un saturnin. Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris. 1897, 3. s., xiv, 301.

**Lavisé**. — Un cas d'épithélioma du maxillaire inférieur. Ann. Soc. belge de chir., Brux., 1896-7, iv, 252-255.

**Le Dentu**. — Notes sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, traités par la staphylorraphie, l'urano-staphylorraphie, et l'opération du bec-de-lièvre. Bull. Acad. de méd., Paris, 1897, 3. s., xxxvii, 270-273.

**Legven et Lihon**. — De l'eucaïne en chirurgie. Gaz. des hôp., Paris, 1897, lxx, 183-185, 191.

**Lermoyez (M.) et Barozzi**. — A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien ; le démembrement de l'herpes du pharynx. Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris, 1897, 3. s., xiv, 243-261.

**Lichtwitz**. — Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard

avec des végétations adénoïdes. — Arch. internat. de laryngol., etc., Paris, 1897, x, 25-28. — *Idem* : Arch. clin. de Bordeaux, 1897, vi, 94 67.

**Massy et Frèche.** — Lymphangisme de la joue. Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1896-1897), 158-160.

**Miranda (B.).** — Procédé pour relever l'épiglotte rabattue faisant obstacle aux opérations endolaryngiennes. Ann. de mal. de l'oreille, du larynx (etc.), Paris, 1897, xxiii, 135.

**O'Followell.** — L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacol, Thèse, Paris, juillet 1897.

**Reclus (P.).** — Eucaïne et cocaïne. Bull. Acad. de méd., Paris, 1897, 3. s., xxxvii, 171-174.

**Rille.** — Maladie trophique du maxillaire consécutive au tabes. Ann. de dermat. et syph., Paris, 1897, 3. s., viii, 87.

**Roberge.** — La carie dentaire et les affections oculaires. Union méd. du Canada, Montréal, 1897, xxvi, 135.

**Terrier, Guillemain et Malherbe.** — Chirurgie de la face, Paris, 1897, F. Alcan.

**Verstraete.** — Cinq cas d'abcès péri-pharyngiens. J. d. sc. méd. de Lille, 1897, i, 193-201.

G. V.






# LE PASSÉ DE L'ODONTOLOGIE [1]

## CONFÉRENCE

**Faite à l'inauguration de l'École dentaire libre de Paris, le 13 novembre 1880,**

Par le Dr Thomas.

Lorsque le Conseil de direction de cette Ecole m'a fait l'honneur de me charger de la conférence inaugurale, j'aurais désiré passer rapidement en revue les progrès faits depuis 30 ans par l'odontologie, signaler quelques *desiderata* et indiquer au besoin une voie à suivre pour l'avenir. Je suis malheureusement obligé de me déclarer dès maintenant incompétent pour une telle tâche; un praticien consommé jouissant d'une notoriété légitime et reconnue par tous pourrait seul la mener à bien; je vous demanderai donc la permission de ne pas sortir de mon rôle de vulgarisateur et d'amateur de livres, et de vous parler exclusivement du passé.

Il ne faut pas trop dédaigner le passé, Messieurs; dans les sciences comme dans les lettres, il a été plus d'une fois et il sera plus d'une

---

1. La question n° 7 de notre *Tribune ouverte* nous demandait la date de la mort de Fauchard et quelques détails sur les dernières années de sa vie. Nous croyons ne pas pouvoir mieux faire que de publier : *Le Passé de l'Odontologie*, remarquable morceau de littérature, peu connu des lecteurs de ce journal. Cette conférence a été publiée antérieurement à la fondation de l'*Odontologie*, et dans le *Bulletin du Cercle des Dentistes*, en 1880.

N. D. L. R.

fois encore le précepteur de l'avenir. Je vous raconterai donc l'histoire de votre art aux diverses époques de la médecine; je tâcherai surtout de vous montrer les efforts de vos prédécesseurs immédiats, des créateurs de votre littérature professionnelle, les dentistes français du XVIII^e siècle. Avant eux il y avait des médecins ou des chirurgiens qui s'occupaient accidentellement des maladies de la bouche ou des dents; des constructeurs d'instruments qui, dans plus d'un cas, fabriquèrent des appareils prothétiques; mais il n'y avait point de dentistes. Depuis eux, au contraire, vous avez vos livres, vos méthodes, votre autonomie scientifique en un mot; nous ne saurions mieux faire que de placer sous leur patronage posthume l'Ecole qui va s'ouvrir.

Cinq ou six noms vont nous permettre de résumer l'histoire de l'odontologie pendant l'antiquité : Hippocrate, Galien, Oribase, Aétius, Paul d'Egine pour les Grecs; Celse pour les Latins. On a extrait des œuvres du premier et du plus illustre des médecins de de la Grèce tout ce qui a rapport aux plaies, aux fractures, aux procédés opératoires, et on a individualisé de la sorte la chirurgie d'Hippocrate. Le même procédé appliqué à l'art dentaire ne nous conduirait pas à grand'chose; il nous permettrait simplement de mieux apprécier la valeur des progrès accomplis, en voyant la modestie du début. Je ne veux pas dire qu'Hippocrate ait négligé d'une manière absolue l'étude des dents et de leurs maladies. Il avait, au contraire, sur elles, des notions plus précises que beaucoup de ceux qui l'ont suivi : il a insisté sur l'évolution des dents de lait, sur leur chute qu'il tente d'expliquer; sur l'issue tardive des dernières molaires, qu'il appelle comme nous dents de sagesse. Il connaissait les accidents de dentition, plus graves, d'après lui, en hiver qu'en été : la diarrhée, les convulsions, bénignes le plus souvent, mais parfois mortelles. Il connaissait la carie, dont l'amas de *phlegme* au-dessous des racines serait la cause ordinaire; les abcès alvéolaires, les phénomènes sympathiques déterminés parfois du côté de l'œil par des affections dentaires de longue durée. Il attache une importance sérieuse aux symptômes fournis par les dents : l'*enduit fuligineux* dont il les a vues recouvertes dans certaines épidémies a toujours été d'un pronostic grave ; le rhumatisme leur donne une teinte noire, la phtisie détermine des poussées congestives vers elles et les gencives. Voilà pour l'anatomie et la pathologie. La thérapeutique est variée, mais singulière : des liniments à base de poivre ou d'ellébore en fournissent la partie principale. Ajoutons qu'Hippocrate connaissait le grattage et même l'avulsion, ce qui valait mieux que le reste. Ces procédés ont constitué, à peu près, tout l'art dentaire des anciens et même des Arabes et des médecins du moyen âge Galien n'ajoute aux données d'Hippocrate qu'un collutoire à la *cervelle de lièvre* ; Oribase n'ajoute rien, sauf des conseils pour le mode d'application. Si vous voulez avoir une idée de la manière dont se comportaient les chirurgiens du IV^e siècle de notre ère, en présence d'une personne ayant mal aux dents, vous pouvez supposer sans absurdité que le

Grec Oribase, médecin de l'empereur Julien l'Apostat, et demeurant avec son maître à Lutetia, au palais des Thermes, a été appelé, il y a aujourd'hui 1,500 ans, près d'un centurion détaché dans un poste avancé et souffrant depuis plusieurs jours d'une atroce névralgie dentaire ; le médecin nettoie soigneusement l'orifice de la dent cariée, puis il prépare un liniment formé de poudre de pyrèthre, de poivre, de sommités d'euphorbe, le tout aggloméré avec de l'huile de lis. Un léger flocon de laine en est imbibé et introduit dans la dent malade; les gencives sont ensuite nettoyées soigneusement avec du vin chaud, et enduites d'un corps gras. Pour cet auteur, l'odontalgie essentielle venait de la *sécheresse* ou de l'*humidité* exagérée des nerfs dentaires; toute la difficulté consistait à distinguer l'une de l'autre.

Aétius, qui, par ordre de date, fait suite à Oribase, fut sinon le premier, du moins le plus convaincu des médecins à patenôtres et à conjurations du Bas-Empire; il expulsait les corps étrangers du pharynx au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit; il favorisait le percement des molaires en suspendant au cou des enfants une dent de vipère mâle. Paul d'Egine, moins mystique et plus chirurgien, enlevait avec une pince celles qui faisaient souffrir; s'il supposait leur extraction trop laborieuse, il les sectionnait au ras de la gencive.

Les Latins n'étaient guère plus avancés que les Grecs; d'ailleurs, il n'y avait pour ainsi dire pas de médecine nationale à Rome. Caton a parlé, dans son *De re rustica*, des maladies et de leur traitement, en propriétaire qui s'occupe de sa *familia* et sait le prix d'un esclave; Celse était probablement, lui aussi, un propriétaire instruit, que la lecture des médecins grecs avait intéressé et qui avait rédigé ses notes. Il avait puisé aux sources où puisèrent plus tard Oribase et Aétius; il parle comme eux des causes et des symptômes des maladies dentaires, la poudre de pyrèthre et le *galbanum* rentrent dans presque toutes les recettes qu'il préconise; lorsqu'on veut sacrifier une dent, il recommande d'introduire à l'intérieur un grain de moutarde pour en déterminer l'exfoliation. Il insiste sur un procédé de fumigation employé contre l'odontalgie par les gens de la campagne, c'est-à-dire les esclaves ruraux. On prend un pied de menthe sauvage avec ses racines, on le laisse pendant quelque temps macérer dans l'eau; puis on jette dans cette eau des cailloux brûlants et on place la bouche au-dessus des vapeurs qui se dégagent.

Les Arabes et leurs imitateurs constituent la transition nécessaire entre les temps anciens et les temps modernes; ne vous effrayez pas, Messieurs, nous n'insisterons guère sur eux, car nous ne ferions que revoir l'anatomie et la physiologie d'Aristote avec ses naïvetés et ses erreurs et la pathologie d'Hippocrate. Tout ceci a été réuni, abrégé ou expliqué avec assez de méthode par Abulcasis; il rugine pour enlever le tartre, arrache les dents avec une pince après déchaussement et ébranlement préalables, revient comme Oribase sur les gargarismes au vin chaud, et recommande

même des dents artificielles en *os de bœuf*; Guy de Chauliac, le seul arabiste que je vous nommerai, a répété à peu près ce qui a été dit. Nous arrivons à la Renaissance.

L'Hippocrate des *Sommes médicales* et des *Viatica*, alourdi par les gloses, torturé de toutes les manières, parlant de l'herbe de Saint-Julien comme un mir des pays de langue d'oïl, de bezoar et d'alkermès comme un tabib de Cordoue, subit une nouvelle transformation: il perdit son aspect monacal et sa langue demi-barbare. La chirurgie reprit du même coup son allure indépendante et sa méthode. Ambroise Paré, qui n'en savait guère plus sur les maladies des dents que n'en savaient les anciens, a transporté dans leur étude ses deux qualités fondamentales: l'esprit d'observation et le bon sens pratique. Il disserte parfois, mais ses théories ne sont jamais purement spéculatives, il a toujours en vue une application prochaine. Il fait construire de nouveaux instruments lorsque cela lui paraît nécessaire; c'est lui qui, l'un des premiers, a parlé de *daviets et de polikans*. Comme un clinicien, il se décide vite et ne s'enthousiasme point, parce que les meilleurs procédés ont leurs côtés faibles, les meilleurs instruments leurs défauts. On parlait beaucoup alors d'un maître chirurgien d'Orléans, qui avait inventé un pélican avec lequel l'avulsion des dents était extrêmement simple et presque indolente. Manants et gentilshommes se pressaient chaque jour dans sa boutique; des apprentis y venaient des quatre coins de la France pour voir l'instrument et apprendre à s'en servir. Un beau jour cet engouement eut sa contre-partie. Un paysan arrive pour se faire extraire une dent. Le maître étant à table, c'était une excellente occasion pour l'apprenti de se convaincre expérimentalement des avantages du pélican merveilleux. Il le prend avec précaution dans la boîte réservée, reconnaît la dent cariée, pose soigneusement la demi-roue d'un côté et la griffe de l'autre, puis tremblant d'émotion, il fait un énergique mouvement de levier... La molaire mal intentionnée reste en place; en revanche, trois de ses voisines parfaitement saines obéissent à l'impulsion du vigoureux garçon! L'opéré, trouvant le procédé trop radical, se fâche et injurie le maladroit. Au bruit de cette scène, le maître, furieux de voir son repas brutalement interrompu, entre dans la boutique et s'informe de quoi il s'agit. Sa figure était tellement farouche, sa mine si rébarbative, que le pauvre opéré se prit à trembler pour les dents qui lui restaient; il paya le plus vite qu'il put, et partit sans ajouter un mot.

La thérapeutique de Paré est très simple: des collutoires, des fumigations, l'extraction quand la douleur est trop vive, c'est à peu près tout. Pourtant, les parties de ses œuvres relatives aux dents, rapprochées et coordonnées sur la demande d'un médecin de Montpellier dans l'édition de 1574, constituent, comme le dit Malgaigne, le meilleur ou plutôt le seul Traité d'odontologie de ce temps. Je ne parlerais même pas d'un autre, d'une espèce de compilation sur l'anatomie et la pathologie dentaires, publiée par Urbain Hémard, chirurgien du cardinal d'Armaignac, si, dans la

préface de son livre, Fauchard ne nous apprenait que c'était dans cette monographie qu'il avait dû étudier à ses débuts. Vous voyez, Messieurs, que tout était à faire à la fin du XVI[e] siècle; pendant le XVII[e] on ne fit rien. Savez-vous qui écrivit sur votre art? Un savant de Strasbourg, Melchior Subiz, médecin à certaines heures, botaniste à d'autres, qui disserta aussi doctement sur la rougeole et la scarlatine que sur la carie dentaire et les maladies des gencives; un apothicaire de la reine qui, en publiant quelques pages sur l'odontologie, espérait probablement transformer le vestibule de son officine en cabinet de dentiste.

D'ailleurs ce temps d'arrêt n'était point particulier aux maladies de la bouche; le grand siècle a été appelé avec raison le siècle de fer de la chirurgie On méprisait cette science et ceux qui l'exerçaient, et l'exemple d'un tel dédain partait de haut. Sa Majesté avait les médecins en assez haute estime parce qu'ils appartenaient à l'Université, parce qu'ils parlaient un latin que n'eût probablement pas compris Cicéron, parce qu'ils formaient une espèce d'Eglise dont les œuvres d'Hippocrate étaient la Bible et l'Evangile. Mais les chirurgiens, qu'étaient-ils donc, sinon des manœuvres un peu moins utiles que les boulangers ou les cordonniers? Et pourtant dans une circonstance grave le Roi-Soleil fut obligé de confier à un de ces artisans infimes une partie délicate de sa royale personne, mais ce ne fut pas la bouche! Il fut, comme vous savez, opéré d'une fistule à l'anus par Félix, son premier chirurgien. Peut-être n'en eût-il jamais eu besoin s'il eût eu recours un peu plus souvent aux dentistes. Louis XIV mangeait vite et beaucoup, mais il mâchait mal; depuis la fin de l'adolescence les mandibules royales étaient dévastées, il ne restait que d'atroces chicots propres à le faire cruellement souffrir. Qui dit mastication imparfaite dit par contre-coup digestion défectueuse; c'était le cas pour le roi; le Journal de sa santé rédigé par Daquin, Valot et Fagon, ses médecins, nous apprend que du premier au dernier acte rien ne s'exécutait convenablement, que personne de son temps ne fit plus fréquemment que lui usage de l'instrument de Molière.

Il n'y a pas encore deux cents ans, Messieurs, les dentistes ne formaient pas une corporation, ils n'avaient ni existence légale, ni considération; l'oubli ou le mépris, voilà le résumé de l'histoire professionnelle. Aucun moyen d'étude, pas de cours dans les Universités, pas d'école particulière; des livres incomplets ou vieillis, difficiles à comprendre pour beaucoup qui savaient à peine lire et n'avaient aucune idée de la langue technique: voilà pour l'histoire scientifique.

On finit par s'émouvoir d'un tel état de choses, et en 1700 la ville de Paris établit un règlement en vertu duquel ne pourraient désormais s'établir dentistes que ceux qui auraient obtenu un *certificat d'expert,* dûment délivré après examen par une commission de trois chirurgiens nommés par la municipalité. Cette disposition existait depuis vingt ans lorsque, à deux pas de l'Eglise de Chirurgie, vint se fixer un dentiste honorablement connu à Nantes et à An-

gers. J'ai nommé Pierre Fauchard; retenez bien ce nom, Messieurs, car c'est à lui que commence une nouvelle période de l'histoire de votre art. Un individu sans grades universitaires, sans considération, a pu, à force d'étude et de méthode, attirer l'attention des savants sur une spécialité presque oubliée; il a pu, à force d'honorabilité et d'instruction, relever le niveau social d'une classe utile et intéressante de praticiens; ceci vaut la peine que vous conserviez son souvenir et que vous inscriviez son nom à la première page de vos Annales. Permettez-moi d'insister un instant sur lui et de vous rappeler ce que nous savons de sa vie et de ses travaux.

Fauchard était né en Bretagne vers la fin du XVIIe siècle; destiné d'abord à la chirurgie, il dut y renoncer momentanément par suite de malheurs de famille. Les obstacles qui défendaient l'entrée des corporations étaient plus difficiles à franchir encore que ceux qui aujourd'hui protègent l'abord des carrières libérales; il fallait savoir quelque chose sans doute puisqu'il y avait des examens probatoires, mais il fallait payer pour entrer en apprentissage, payer pour l'immatriculation, payer pour les droits d'examens, payer pour acquérir une charge, toujours payer! Pour un garçon-chirurgien, sans grandes ressources, il était impossible de songer à la maîtrise si la Providence n'intervenait pour lui procurer un mariage avantageux. Dans le cas actuel elle intervint d'une autre manière. En organisant la marine, Colbert l'avait dotée d'un service de santé; on était peu rigoureux pour ceux qui s'y destinaient; c'est ainsi que Fauchard, après avoir essayé sans succès diverses professions mécaniques, put revenir à la chirurgie. Il eut la bonne fortune d'avoir pour chef de service un sieur Poteleret qui, dans ses nombreux voyages, s'était occupé spécialement des affections de la bouche, des affections scorbutiques surtout, qui n'étaient nullement rares sur les vaisseaux du Roi; c'est sous sa direction que Fauchard commença leur étude.

Son service dans la marine ne dura pas longtemps; dès 1700, il était établi à Angers et y pratiquait l'art dentaire. On comprend, Messieurs, qu'il ait vite renoncé à l'honneur peu fructueux de servir l'Etat dans les conditions où il se trouvait. Les chirurgiens-majors étaient alors un peu moins considérés que ne le sont de nos jours les quartiers-maîtres ou les capitaines d'armes. On avait recours à leurs services parce qu'il eût été difficile de s'en passer, mais on leur accordait tout juste le degré d'estime auquel pouvaient prétendre des manœuvres ou des techniciens au milieu d'un état-major composé exclusivement de gens de qualité; l'un d'eux fut vertement tancé parce qu'il avait osé adresser à Louis XIV une pièce de vers latins de sa composition. Si le capitaine du port ne fût intervenu près du ministre de la marine en insistant sur son zèle et son dévouement, on ne sait trop ce qui serait arrivé; un autre fut cassé aux gages pour avoir marié sa fille à un aspirant de marine qui était gentilhomme.

Fauchard revint donc de bonne heure à la pratique civile, et s'établit, comme je viens de vous le dire, à Angers; la ville avait

une importance scientifique sérieuse ; elle était le siège d'une université et sa communauté de chirurgiens jouissait d'un renom justement mérité ; c'était beaucoup, mais ce n'était pas assez pour qu'un spécialiste pût s'y créer une clientèle suffisant aux exigences journalières de la vie. A dates fixes notre dentiste se rendait à Tours, à Rennes et à Nantes ; plus tard il poussa ses voyages jusqu'à Paris.

Ce mode de début pourra vous paraître assez triste, si vous le jugez au point de vue de nos mœurs contemporaines ; un savant belge a pris à tâche de fixer comme un stigmate d'inconvenance professionnelle la qualification d'ambulants sur le front des oculistes qui se déplacent périodiquement dans un but intéressé. Les praticiens du XVIII^e siècle n'avaient point de ces pudeurs ; Lecat, le chirurgien le plus occupé de Rouen, allait tantôt dans une ville, tantôt dans une autre, dans l'espoir de tirer le meilleur parti possible de sa notoriété ; il faillit même être exclu de l'Académie de chirurgie dont il était membre, parce qu'il avait fait annoncer une de ses visites à Lille à son de tambour et à grand renfort d'affiches.

Les premières observations de Fauchard nous montrent qu'au début sa clientèle ne devait être guère lucrative. En 1705 il soigne plusieurs dents cariées à un Récollet de la ville de Lude ; en 1711, à Nantes, il ne voit que de pauvres ouvriers : un cordonnier, une brave femme dont les gencives avaient subi des avaries sérieuses par le fait du scorbut ; puis viennent des archers de la maréchaussée, des robins et enfin des nobles. La hardiesse du praticien s'accroît au fur et à mesure que se produit cette espèce d'ascension sociale. D'abord, il ne fait que le nettoyage, l'avulsion ; plus tard il va jusqu'à la trépanation, à la cautérisation de la pulpe et même à la transplantation d'un individu à un autre. Le fait vaut la peine que nous nous y arrêtions. M. de Romaret, capitaine au 1^er bataillon du régiment de Bourbonnais, vient un jour trouver Fauchard avec une carie de la canine gauche de la mâchoire supérieure. Le mal était trop avancé pour qu'on pût songer à conserver la dent, et cependant le capitaine tenait à la symétrie de son arcade alvéolaire ; il ramène le lendemain avec lui un grenadier de sa compagnie et demande s'il serait impossible de remplacer la dent manquante par une des canines du soldat. Fauchard résolut de tenter l'opération. Je n'insisterai pas sur les détails ; elle fut assez laborieuse, mais réussit parfaitement, car la canine transplantée ne périt que six ans plus tard, par carie.

La réputation était arrivée : le dentiste était appelé à Tours ; on venait le trouver du fond de la Bretagne, il résolut de tenter le succès sur un plus vaste théâtre. Un véritable mouvement d'émigration de toutes les villes de France se faisait alors vers Paris, c'était l'époque du système de Law. En 1719, le succès du banquier écossais était à son apogée. Fauchard, arrivé depuis peu dans la capitale, y crut peut-être comme les autres ; mais il compta plus sur lui-même et sur son art, que sur les chances d'un agiotage

menteur. Le dentiste le plus en renommée de la ville s'appelait Carmeline, il s'en fit un ami; il se fit des amis dans le Collège de chirurgie, dans la Faculté et jusque parmi les médecins de la Cour. Au lendemain de son arrivée à Paris, un chirurgien de Saint-Côme l'appelait à Saint-Germain pour un redressement de dents; de Jussieu, professeur à la Faculté de médecine, lui adresse un gentilhomme de province qui l'avait consulté pour un abcès d'origine dentaire; deux ans plus tard, il comptait déjà parmi ses clients Octavien, de l'Académie royale de peinture, dont le nom était aussi connu en 1720 qu'il est obscur aujourd'hui.

Après avoir acquis la hardiesse que donne le succès et surtout l'expérience, Fauchard jeta un coup d'œil en arrière et se rappela qu'il avait dû étudier dans des mauvais livres, il résolut de faire profiter ses successeurs des notions qu'il avait acquises avec tant de peine lui-même. En 1723 parut la première édition de son traité; ce serait peut-être lui donner un éloge exagéré que de dire qu'il fit une révolution dans une des branches de l'art de guérir. Il fut lu et remarqué même à l'étranger, voilà qui est indiscutable. L'exposition était claire et sans emphase; les points de pathologie pure étaient mis en relief par des observations; les instruments étaient bien décrits et avec les planches intercalées dans l'ouvrage, il était facile de se rendre compte de leur maniement. En 1736 ce travail fut traduit en allemand. C'est une des meilleures preuves que son utilité n'avait échappé à personne, car les docteurs en *us* des Universités d'outre-Rhin n'estimaient guère l'idiome populaire; les ouvrages écrits en cette langue s'adressaient aux simples *Feldscherer*, qui lisaient pour mettre en pratique ce qu'ils apprenaient.

A partir de cette publication, le dentiste angevin acquit une situation scientifique qu'il n'avait pas eue jusqu'alors. Sa réputation ne s'était guère étendue au delà du cercle de ses relations personnelles; depuis 1723 nous le voyons assister successivement J.-Louis Petit, Helvetius, la Peyronie, Hecquet. Une fois même il reçut un hommage public et administratif en quelque sorte : il fut appelé dans une consultation du Collège de chirurgie. — C'était probablement la première fois qu'un empirique sans office à la Cour, sans protecteur haut placé, recevait un pareil honneur. Un vigneron de Saint-Brie, près d'Auxerre, avait une tumeur volumineuse et ulcérée des gencives, que le chirurgien du pays n'avait pas osé traiter; il avait adressé son malade à ses confrères de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre; ceux-ci l'engagèrent à aller à Paris voir les religieux de l'hôpital de la Charité. Le paysan fit le voyage, et n'eut pas à se louer de l'accueil qu'il reçut; les frères, peu experts en pareille matière, furent effrayés de l'aspect de la tumeur; ils virent là un châtiment de fautes graves et inavouées, une expression de la vengeance divine. Au lieu de donner un lit au malade et de l'opérer, ils le firent reconduire charitablement à la porte par deux infirmiers, en l'engageant à ne plus revenir. Le vigneron consulte alors un chirurgien qui propose de prendre l'avis de ses confrères, réunis en séance publique au Collège de Saint-Côme; Fau-

chard fut appelé. Il ne donna pas précisément une définition micrographique de la tumeur, mais il la déclara opérable. Le lendemain il l'enleva avec le bistouri, et réussit à arrêter des hémorragies consécutives par le styptique, la compression, et le cautère actuel.

A partir de ce moment, la période militante de sa vie est finie; l'ancien chirurgien de marine avait acquis la considération, la fortune et presque la célébrité. Il ne fit plus autre chose que la seconde édition de son livre (1746). Fauchard avait pourtant ce qu'il fallait pour être chef d'école : le sens pratique, la clarté d'exposition, la hardiesse; il n'eut malheureusement pas d'élèves. Son seul apprenti devint plus tard son gendre, et, s'il réussit à contenter la clientèle du maître, il ne fit rien pour continuer les traditions scientifiques dont il avait reçu le dépôt. Pierre Fauchard mourut en son domicile, rue des Grands-Cordeliers, le 25 mars 1759.

L'exemple qu'il avait donné ne fut pas perdu. Après lui Mouton, Lécluse, Jourdain et beaucoup d'autres experts-dentistes écrivirent des traités que l'on consulte encore.

Avant de terminer cette conférence déjà longue, je dois, Messieurs, insister sur un chirurgien dont il n'est pas permis de passer le nom sous silence quand on parle de l'histoire de l'odontologie; c'est Croissant de Garengeot. Breton comme Fauchard, il avait passé comme lui par l'école de l'adversité ; élève de l'hôpital d'Angers, hébergé à Paris par charité chez un chirurgien qui remplissait les fonctions de prosecteur à la Faculté de médecine, Garengeot avait déjà écrit son traité, qu'il n'avait pas encore reçu la maîtrise faute d'argent. Fauchard et Garengeot se connurent; ils se connurent et se détestèrent. Il y avait entre l'un et l'autre des différences de caractère telles qu'on en retrouve la trace jusque dans leurs discussions scientifiques. Le premier avait l'abord facile, il était peu agressif, il avait du savoir et du savoir-faire. Homme d'étude et de cabinet, Garengeot dédaignait ces moyens : ayant supporté vaillamment la misère, il était souvent acerbe, jamais aimable.

Dans son ouvrage il avait parlé avec dédain des arracheurs de dents, et lancé à Fauchard plusieurs traits mal déguisés. Celui-ci répondit sans le nommer, mais en citant les passages qui le visaient et en y relevant plusieurs fautes grossières de chimie et d'anatomie. Le coup était rude pour un chirurgien aussi instruit que Garengeot; malgré tout, il ne releva pas le gant, et, dans sa seconde édition, son adversaire, sans rien retrancher de ce qu'il avait dit, n'y ajouta rien non plus.

N'avons-nous pas là un exemple singulier des contradictions de l'histoire? Je suis certain que si la mode était encore aux devinettes biographiques et qu'on demandât le nom d'un dentiste célèbre, les gens du monde répondraient sans hésiter Garengeot. Garengeot, l'inventeur de la clef qui a été si longtemps la pierre angulaire de votre arsenal, de cet instrument de torture que l'enfant ne

regarde qu'en tremblant et qui n'est pas sans évoquer de douloureux souvenirs chez le vieillard !

Il n'y a dans la réponse qu'une petite inexactitude : Garengeot ne fut pas dentiste, il n'a pas décrit la clef qui porte son nom ; on trouve dans ses ouvrages, des pinces, des daviers, des pélicans ressemblant à ceux de Paré, de Fauchard, à tout ce que vous voudrez, excepté à la clef. Qui donc en est l'inventeur ? C'est une question ardue et que nous n'avons guère le loisir de résoudre. Je crois cependant que c'est Lécluse ; son petit traité ne vaut pas grand'chose, il y a par-ci par-là des assertions telles qu'après avoir lu au-dessous de son nom : *Dentiste pensionné de la ville de Nancy*, on est tenté de se dire : « Ce n'est pas possible, si Lécluse était pensionné de quelque ville, cette ville ne pouvait être qu'au delà de la Garonne ». Dans la guerre de la Succession d'Autriche, il aurait eu l'occasion de voir 80,000 bouches et il fut à peine deux ans sous les drapeaux !

Il y a à la fin du travail une clef de dentiste qui ne diffère de la clef moderne que par le mode de fixation du crochet. Preuve qu'un mauvais plaisant peut, au moins une fois, être heureusement inspiré.

Je m'arrête. Le passé finit avec le XVIII$^{e}$ siècle, et la Révolution française, qui supprima les Maîtrises, les Jurandes, les Facultés, les Collèges de chirurgie, pour mettre à la place de toutes ces vieilleries oppressives, des institutions nouvelles et pleines de sève, n'épargna pas les règlements qui concernaient les dentistes.

Le XIX$^{e}$ siècle a été jusqu'ici pour vous une période de liberté absolue, mais une période de tâtonnement. Vous avez fait beaucoup ; vous avez amélioré votre matériel, perfectionné vos méthodes, étendu vos connaissances en pathologie spéciale. C'est le cas de répéter ce refrain d'une chanson populaire en Amérique :

*Essayez, essayez encore...*

Il n'y a pas à vous le dissimuler, c'est un nouvel essai ou, si vous l'aimez mieux, une nouvelle expérience, que vous commencez. Vous nous avez fait l'honneur de nous demander pour cela notre concours ; je vous remercie, pour mes confrères et pour moi. Vous débutez avec des chances incontestables de succès ; vous avez l'ardeur de la jeunesse, l'amour du travail et surtout la foi en l'avenir. Moi aussi, j'ai foi en l'avenir d'une Ecole créée par l'initiative privée, et rien que par elle ; je suis persuadé qu'en moins d'un an nous pourrons constater qu'elle est en pleine prospérité.

---

## CHEZ LE DENTISTE.

(*Impressions aiguës.*)

Oh ! les visites aux dentistes,
Combien cruelles, combien tristes !
Oh ! l'attente dans des salons
Où les instants semblent si longs,

Quand, assis au bord de sa chaise,
On guette, très mal à son aise,
Le moment d'aller à son tour
Offrir béant un large four !

Regarder cent fois la pendule
Qui marche trop vite ou recule,
Penser tout à coup, plein d'émoi :
« Plus qu'un maintenant avant moi ! »
Douter du mal qu'on sent à peine,
Vouloir se remettre à huitaine,
Et souhaiter pour s'en aller
De voir le plafond s'écrouler !

Voir s'engouffrer sous la portière
Un pauvre diable à mentonnière ;
Voir dans le salon mitoyen
Passer le dernier collégien ;
Et rester seul ! Tendre l'oreille
Vers la porte que l'on surveille ;
Croire dans les plis étoffés
Entendre des cris étouffés.

Pour se calmer, saisir un livre ;
S'apercevoir qu'on ne peut suivre
Le sens de la prose ou des vers,
Ou bien qu'on le tient à l'envers ;
Que l'auteur seul vous exaspère ;
Lavedan, Racine ou Molière !
Que si vous ouvrez un roman,
Ce sont les soirées de Médan !

Et songer alors, presque en nage,
Au fauteuil au gros engrenage,
Au plateau surchargé d'outils,
Qui sont si luisants, si gentils,
A cette atmosphère factice
Faite de vague eau dentifrice,
A la machine sans pitié
Qu'on fait tourner avec le pied.

Sur votre bouche les dentistes
Ont des émotions d'artistes :
L'amour et le vertige aidant,
Vous craignez qu'ils n'entrent dedans !
Pour vos plaintes plus ou moins vives,
Ils ont des phrases incisives ;
Et quand vous vous levez fâchés,
Disent en souriant : « Crachez ! »

Mais après tout, le mieux à faire,
C'est de souffrir et de se taire.
Si les dentistes, par métier,
Mangent à votre râtelier,
Vous leur devez, vous, en échange,
La dent qui guérit ou se range,
Ils ont d'utiles cruautés :
Les dents sont leurs enfants... gâtés !

MIGUEL ZAMACOÏS.

# NÉCROLOGIE

Nous avons le très vif regret d'apprendre la mort d'Achille Delacoux, élève de deuxième année à l'Ecole Dentaire de Paris. Nous adressons à la famille de ce studieux jeune homme l'expression de nos bien sincères condoléances. E. P.

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses, que si elles sont signées; mais l'insertion peut en avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

(QUESTIONS ET RÉPONSES)

? N° 35. — *Est-on tenu de mettre son propre nom sur l'enseigne de la maison que l'on dirige? — Dans une grande ville du Midi, les héritiers d'un dentiste mort récemment ont vendu sa clientèle à l'un de ses confrères qui persiste à pratiquer depuis plusieurs mois sans indiquer son nom au public, tout en laissant en évidence celui de son prédécesseur.* UN CURIEUX.

*Réponse.* — On n'est pas tenu d'avoir une enseigne, et l'on peut parfaitement ne mettre aucun nom. Quant à laisser celui du prédécesseur, cela se fait couramment; cependant, la loi défend d'exercer sous un nom autre que le sien. E. P.

? N° 36. *Quel est le meilleur procédé pour éviter les bouillonnements du zinc lorsqu'on le coule dans le moule en terre ?*

*Réponse.* — On a conseillé de noircir l'empreinte en terre avec le brûleur (ce qui donnait des résultats variés), ou d'attendre que le zinc soit moins chaud pour le couler, c'est-à-dire qu'il ait une consistance plus *pâteuse*, et commence à s'attacher au bord de la cuiller. Cela était plus logique, le zinc prenant de suite dans la terre, mais d'un autre côté cela pouvait dans certains cas compromettre la fidélité de la reproduction.

Le meilleur procédé, à mon avis, est de surélever le cylindre qui contient la terre, au moyen d'une bride de moufle, de couler le zinc, même assez chaud, au bord de la terre et le plus loin possible de l'empreinte. Le zinc sera coulé en un mince filet, et régulièrement, dans un canal ménagé dans la terre et conduisant à l'empreinte. On évitera les bouillons si l'on a procédé très lentement.

La surélévation sur la bride a pour but de permettre à la vapeur d'eau produite par l'échauffement de la terre de s'échapper en dessous. Lorsque le moule n'est pas surélevé, c'est le contraire qui se produit : la vapeur remonte, et fait bouillonner le zinc encore liquide. E. BONNARD.

? N° 27. *Un de mes clients, jeune homme de 21 ans, a depuis deux ans les gencives supérieures se couvrant constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Que puis-je faire pour combattre cette affection ?*

Dr S. [1].

*Réponse.* — 1° Enduire chaque soir les lèvres avec du glycérolé de tannin;

2° Lotionner chaque matin les gencives avec solution de chlorure de zinc à 4 0/0, puis sécher et badigeonner avec stérésol du Dr Berlioz. E. P.

1. Nous prions notre correspondant d'excuser le retard apporté à la publication de sa demande, sa lettre s'étant égarée.

# DERNIÈRE HEURE

Par suite des vacances prises par notre Rédacteur en chef et notre Directeur, nous recevons trop tardivement pour être insérée aujourd'hui, une rectification de M. le Dr Rolland, relative à l'article du 15 août « Nouvelles de Bordeaux »; nous l'ajournons à notre prochain numéro.

Disons de suite cependant que l'amitié et l'union règnent toujours, paraît-il, à l'Ecole Dentaire de Bordeaux, ce dont nous la félicitons très sincèrement. E. P.

17e ANNÉE. N° 11. 15 SEPTEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

*L'Odontologie*, bi-mensuelle, paraît le 15 et le 30 de chaque mois avec un minimum de 40 pages de texte.
Le présent numéro est illustré de 13 figures dans le texte.

## BULLETIN MENSUEL

### MISSION !

Je viens de lire dans la *Presse Médicale* du 14 août, avec le respect que m'inspirent toujours les actes officiels, que, par une décision ministérielle, M. le Dr Gires était chargé d'une mission en Amérique à l'effet d'y étudier le fonctionnement des Ecoles dentaires.

Si M. le ministre a choisi pour cette étude M. Gires, qui a soutenu sa thèse le 7 juin dernier [1], c'est qu'il a été désigné à sa préférence éclairée par la compétence particulière qu'il *doit* présenter en la matière. Cela *doit* être, en effet, évident, quoique les titres sur lesquels s'appuie cette compétence ne soient pas encore parvenus à notre modeste connaissance.

Ce qui est plus difficile à comprendre, ce sont les raisons qui motivent cette nouvelle mission. Quelques gens malintentionnés ne manqueront pas d'insinuer qu'il est inutile de chercher bien loin, et que la seule raison pourrait bien en être le désir de faire faire à un jeune homme, bien apparenté peut-être, et certainement bien recommandé, un voyage d'agrément aux frais « de la princesse » et de lui octroyer, lors de la prochaine distribution, un bout de ruban, qui ne sera pas, après tout, moins bien placé que quelques autres, et qui, à défaut de connaissances opératoires, fera certainement le meilleur effet auprès de la clientèle commençante. Ils ajouteront même peut-être, car ce sont de vilaines gens, qu'il pourra ne pas être inutile pour un jeune praticien dont les connaissances techniques, panachées d'ophtalmologie et de stomatologie, n'ont pas été acquises au contact « de praticiens de bas étage », de se frotter un peu néanmoins à ces gens-là, mais dans un pays si lointain que le bruit n'en arrivera pas jusqu'à nous et qu'il sera ainsi sauvé du soupçon d'avoir pu exposer « son titre laborieusement conquis » « à des promiscuités » que réprouve la saine orthodoxie...

Mais ce sont là propos de grincheux, qui ne méritent pas qu'on les discute.

1. L'holocaïne ; contribution à l'étude de son action physiologique, de son emploi comme anesthésique en ophtalmologie et en stomatologie.

Si cependant les agréments et même l'utilité de cette petite excursion sont réels pour le titulaire, il convient également de rechercher à quel point il en sera ainsi pour les contribuables qui la subventionneront, d'abord, et ensuite pour la profession qui en offre le prétexte, car il est hors de doute que les possesseurs du pouvoir n'en usent que pour le bien-être de tous, et non pour l'agrément de quelques-uns.

Or, le ministre peut avoir deux intentions différentes ; à moins cependant qu'il n'en ait aucune, ce qui simplifierait incontestablement la question.

Ou il a l'intention de ne pas se servir du travail que M. Gires rapportera parmi ses notes et souvenirs de voyage, — ou il a l'intention de s'en servir.

S'il est décidé à le laisser dormir tranquillement, parmi tant d'autres, dans une honorable et administrative poussière, la chose ne tire pas à conséquence ; mais il est permis de dire sans exagération que cette mission n'était peut-être pas absolument nécessaire.

Mais s'il a pour but de recueillir de cette façon des documents qu'il se propose d'utiliser et d'appliquer à l'enseignement dentaire en France, l'affaire devint plus sérieuse, et on peut hautement affirmer que cette mission est dangereuse.

Une des principales raisons, en effet, qui m'empêchent de découvrir l'utilité de la mission de M. Gires, est qu'il existe sur la question qu'il est chargé d'étudier, quelques rapports dont le dernier, non moins officiel que le sien, est encore tout d'actualité, et dont les auteurs sont des praticiens connus pour leurs connaissances professionnelles et leur expérience personnelle des questions pédagogiques spéciales à leur art.

Je n'ai pas la prétention de n'oublier personne, mais il me suffira de citer les deux rapports de MM. Dubois et Kuhn en 1887, rapports non officiels, il est vrai, et la mission de MM. Godon et Ronnet en 1894, pour montrer que la nécessité d'une nouvelle enquête de même nature ne se faisait pas absolument sentir.

Or, cependant, selon les respectables traditions de notre administration, ces rapports étudiés, complets, autorisés, ont été « classés », et il n'appert pas que les « pouvoirs publics » s'en soient profondément pénétrés, non pas pour l'organisation de l'enseignement dentaire dont ils ne se sont pas préoccupés jusqu'à présent, mais même pour l'établissement des programmes et des examens.

Alors, j'en reviens à mon dilemme, comme dirait un de nos hommes d'Etat : ou le rapport de M. Gires sera lettre morte, et il était inutile ; ou il fera autorité, et, dans ce cas, je me sens pris d'une sorte de vague crainte que ce jeune docteur de deux mois et quelques jours ne soit, malgré son diplôme « laborieusement conquis », un peu moins compétent que les auteurs dont je viens de rappeler les noms, pour juger d'une question aussi délicate que l'enseignement d'une profession dont il ne nous a pas encore montré qu'il connaisse au moins l'essentiel.

Pour nous consoler, nous pouvons penser qu'après tout cette histoire ne sera ni la première ni probablement la dernière de son genre. Souvenez-vous plutôt :

En 1892, M. Touchard obtient une mission pour étudier l'enseignement dentaire anglais. Il dépose son rapport en 1893 et... en 1894, c'est-à-dire avant que la moindre modification ait pu se produire dans cet enseignement, M. Tellier, praticien de la même école, et de la même expérience que M. Gires, était chargé d'une mission identique.

Le travail de M. Touchard, comme ceux de MM. Dubois, Kuhn, Godon et Ronnet, n'a pas semblé servir beaucoup à la Commission d'enseignement, mais celui de M. Tellier n'a pas semblé servir du tout. Et tout nous fait espérer qu'il en sera de même de celui de M. Gires.

Mais alors — cette pensée m'obsède comme une idée fixe — mais alors, la raison, le *pourquoi* de cette mission ?

Ma foi, à force de chercher sans trouver, je ne suis pas loin de penser comme les gens malintentionnés et grincheux dont j'ai rapporté l'opinion en commençant...

JEAN SIVE.

## Travaux Originaux

### NOUVEAU PROCÉDÉ DE MISE EN MOUFLE D'UN APPAREIL DU BAS

Par M. BONNARD,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

En réponse à la question n° 10, publiée dans l'*Odontologie* de mars dernier, un de nos confrères a préconisé comme le meilleur moyen de bourrage d'un appareil complet du bas, d'employer le plus de *rose* possible, du *Child's* ou du *S. P.* de Ash, de mettre de l'eau bouillante dans la machine si le moufle est chaud, de la renouveler à chaque cuisson et surtout de cuire complètement.

Je ne pense pas que cela soit suffisant, même si l'on a complété le bourrage avec du caoutchouc déjà vulcanisé.

Chacun sait que plus la pièce est épaisse, plus le caoutchouc sera ou pourra être poreux et, en admettant qu'on ait eu soin de diminuer les chances de porosité par les précautions recommandées par notre confrère : que ce bourrage ait été fait avec la plus grande attention, on pourra encore avoir, malgré tout cela, un caoutchouc spongieux, bien que cuit à point.

La question posée pour un appareil du bas semble indiquer que

son auteur a rencontré dans sa confection des difficultés qu'il n'a pu vaincre.

En effet, l'appareil du bas rentre dans la catégorie de ceux qui sont difficiles à bourrer. La conformation même du maxillaire supérieur à sa face linguale au niveau de la 2e prémolaire oblige le plus souvent le mécanicien à incliner en dedans non seulement cette dent, mais aussi les molaires qui suivent, et cela aussi souvent pour des raisons d'articulation.

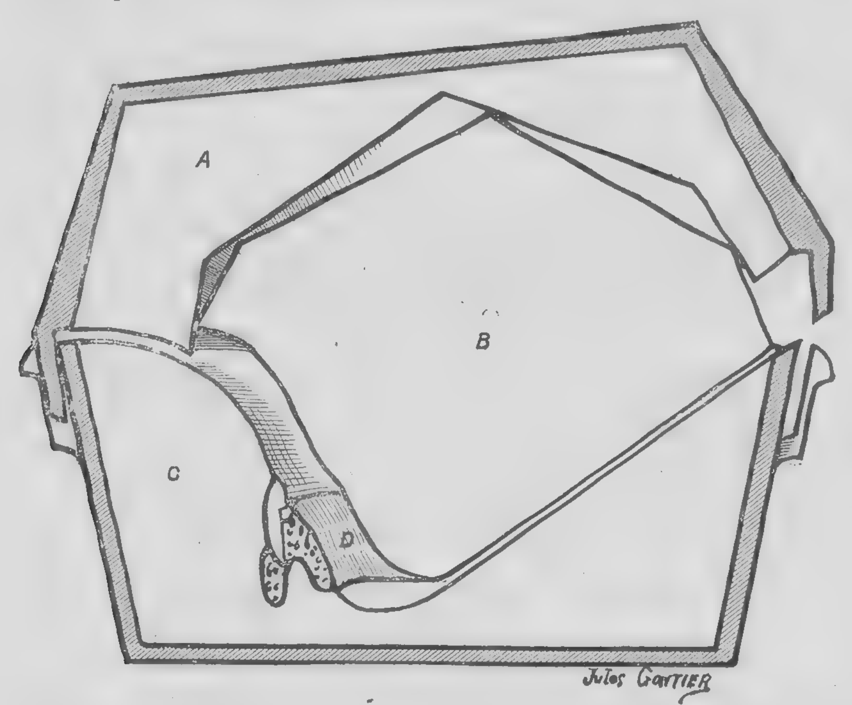



Fig. 20. — Coupe de mise en moufle d'un appapeil du bas (Procédé Bonnard). A. contre-partie ; B. bloc intermédiaire ; C. partie inférieure ; D. dentier.

Cette obliquité va alors en s'accentuant jusqu'a la 2e grosse molaire, et, sous peine de faire un appareil trop épais à son bord inférieur, le mécanicien doit suivre cette inclinaison pour avoir la même épaisseur partout.

C'est lorsque la pièce est en moufle que les difficultés surgissent. La contre-partie maintenue sur les côtés par les glissières du moufle ne peut être enlevée que verticalement, elle *accrochera* parce que leplâtre aura coulé dans les parties rentrantes, d'où la résistance, et alors elle cassera ou elle emmènera avec elle une partie de la cire et les molaires, — parfois les deux ensemble. Cela se renouvellera après le bourrage, pour le caoutchouc, lequel sera entraîné dans un sens ou dans l'autre, selon qu'on retirera ou qu'on remettra la contre-partie. Il sera écrasé sur le fond du moufle

comme s'il y avait excédent, les crampons des dents pourront être mis à découvert, et si, dans ces conditions, on s'obstine à cuire, en s'en remettant à la température de la machine pour faire couler le caoutchouc, on aura des porosités et peut-être même des endroits où le caoutchouc manquera.

Cette coutume de faire la mise en moufle en deux parties seulement, une supérieure et une inférieure, a, comme on le voit, des inconvénients assez grands, et il suffira de modifier ce *modus operandi* en y ajoutant une partie moyenne ou bloc intermédiaire, pour remédier aux difficultés énoncées précédemment, modification extrêmement simple, qui demandera peut-être un peu plus de temps, mais qui, en raison des avantages qu'elle procure dans les cas difficiles, compensera largement le temps qu'elle aura demandé.

La figure ci-contre montre en coupe la disposition de la mise en moufle d'un appareil du bas après le bourrage et avant le serrage sous la presse.

Le bloc intermédiaire qu'on voit sur la figure placé un peu en arrière du moufle, s'y trouve momentanément maintenu par les aspérités du caoutchouc. La partie inférieure repose sur un plan incliné, lisse, ménagé dans le plâtre qui garnit le fond du moufle allant du bord inférieur de l'appareil au bord du moufle lui-même. La partie supérieure disposée en dôme à pans obliques se trouve en contact avec la contre-partie, laquelle le forcera, sous l'action de la presse, à glisser sur le plan incliné du fond, pour reprendre la place qu'il occupait lorsqu'il a été coulé sur l'appareil en cire, et par conséquent à presser le caoutchouc qu'on vient de bourrer. Cette action par glissement se continuera jusqu'au moment où les angles du *bloc intermédiaire* répondront exactement à ceux de la contre-partie. C'est donc une action d'arrière en avant qu'a ce *bloc*, action qui se trouve encore favorisée par la forme en fer à cheval qu'ont tous les appareils du bas.

Ce mode de mise en moufle que j'emploie depuis 1887 offre les avantages suivants : il permet de retirer le bloc en arrière sans occasionner de fracture du plâtre, sans entraîner la masse de caoutchouc bourré.

La pression sur le caoutchouc se fait normalement, puisqu'elle s'opère sur l'épaisseur et non verticalement comme dans la mise en moufle en deux parties.

Il va de soi que le *bloc intermédiaire* pourra subir toutes les divisions qu'on jugera convenables, et que, pour l'approprier à tous les cas difficiles qui se présentent au laboratoire, on pourra mettre à contribution toutes les subdivisions du surmoulage en plâtre, un coin central pouvant à la rigueur opérer l'écartement sur tous les côtés. Mais je conseillerai toujours le *bloc intermédiaire* unique, le sectionnement ayant le défaut de diminuer la solidité.

Je ne pense pas qu'un procédé semblable ait jamais été publié. Je suis heureux que cette question ait été posée dans l'*Odontologie* et qu'elle m'ait permis de rendre peut-être service à mes confrères.

# ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DE L'EMPOISONNEMENT ET DES ACCIDENTS DUS AU CHLOROFORME.

Par le Dr Camille Moreau [1].

Le chloroforme, qui s'est montré l'un de nos plus bienfaisants moyens médicaux, a sans doute aussi causé le plus grand nombre d'accidents. Il peut, ainsi que l'a dit *Böhm*, en étroites limites et par une transition insensible, produire ou les plus salutaires ou les plus pernicieux effets sur l'organisme humain. Ces accidents, au point de vue médico-légal, soulèvent diverses questions. Mettre en relief les solutions qu'elles comportent, tel est le but de mon travail, basé sur un résumé de nos connaissances actuelles et divisé de telle façon que chaque point particulier, soumis éventuellement au médecin légiste, soit examiné d'une manière spéciale.

*Modes divers d'absorption du chloroforme.*

I. Par la bouche,
II. Par le rectum,
III. En inhalation.

I et II. — A doses normales on emploie le chloroforme en potion ou en lavement pour le traitement d'affections douloureuses (gastralgies, coliques hépatiques, coliques néphrétiques, douleurs de cancer du col ultérin, etc.). Souvent aussi on y associe d'autres substances calmantes. Au delà de ces doses l'absorption gastro-intestinale a déterminé de graves accidents, ou même la mort.

III. L'inhalation a le plus souvent pour but l'anesthésie chirurgicale, l'anesthésie obstétricale et le traitement de certaines maladies caractérisées par des contractures ou des convulsions (tétanos, éclampsie, etc.). Maintes fois la mort est survenue à l'improviste. On y a eu aussi recours dans un but de suicide, d'homicide, ou pour annihiler la résistance de personnes que l'on voulait rendre victimes de différents délits.

*Absorption par la voie gastro-intestinale.*

*Doses normales.* — En thérapeutique, comme le chloroforme irrite fortement les muqueuses, on ne le porte *en nature* ni dans l'estomac ni dans le rectum. Voici des exemples classiques de préparations utilisées :

1° *Eau chloroformée.*

Celle-ci est une solution aqueuse saturée, de goût agréable, dont on peut sans danger prendre 200 grammes par jour.

2° *Solution aqueuse ou vineuse* (Bouchut).

| | |
|---|---|
| Chloroforme........................................ | 1 gr. |
| Alcool................................................ | 8 gr. |

Ajouter cette dose à 125-250 gr. d'eau, de sirop de sucre, de vin

1. *Journal de médecine de Paris,* vol. IX, n° 33.

rouge ou blanc. A prendre par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

3° *Lavement au chloroforme.*

| | |
|---|---|
| Chloroforme ... | 2 gr. |
| Alcool à 92° | 16 gr. |
| Eau | 250 gr. |

4° *Liqueur anodine au chloroforme* (Rabuteau).

Ici, à l'action du chloroforme on joint celle de la morphine.

| | | |
|---|---|---|
| Chloroforme pur | | 2 gr. |
| Alcool | | 25 gr. |
| Chlorhydrate de morphine | | 0,01 à 0,02 cgr. |
| Sirop de sucre | ãã ..... | 125 gr. |
| Eau | | |

A prendre 1 cuillerée à bouche tous les quarts d'heure.

120 *grammes de chloroforme ont pu être aborbés sans que mort s'ensuivît,* 4 *grammes ont suffi à amener le trépas, et, entre les deux limites, tantôt il y a eu décès, tantôt retour à la santé ;*

*Certaines personnes boivent du chloroforme pour s'enivrer ;*

*La mort se produit soit par sidération nerveuse, soit par lésions inflammatoires ;*

*La mort peut survenir brusquement, alors que tout danger paraît écarté.*

Le chloroforme peut être étudié au point de vue du suicide, de l'homicide, de la perpétration de certains délits, de morts accidentelles, et j'ajouterai de la chloroforminomanie.

*Suicides et homicides.* — Les suicides et homicides par cette méthode sont rares. *Casper* mentionne pourtant qu'un dentiste de Potsdam a tué de cette façon sa femme et ses deux enfants, se donnant ensuite la mort de la même manière. *Hoffmann* a observé deux suicides pareils : une femme trouvée morte dans son lit, portant au devant de la bouche une éponge recouverte de taffetas gommé et maintenue en place par un linge noué derrière le cou ; un médecin trouvé mort dans sa chambre et qui avait fixé à sa bouche un ballon de chloroforme à l'aide de bandes de sparadrap, après s'être obturé les narines au moyen de charpie et de morceaux de diachylum. L'ensemble des précautions prises met hors de doute l'intention réfléchie des victimes.

En ce qui concerne un homicide en dehors de celui qui est signalé plus haut, aucun n'est connu. On a pu supposer des tentatives, mais celles ci ont échoué, et il est, pour tous les auteurs, inadmissible que l'on puisse chloroformer une personne éveillée, malgré elle, à moins d'y être forcé pour lutter contre ses efforts.

*Morts accidentelles.* — Un cas signalé par *M. Brouardel* prouve que des accidents sont possibles. Il s'agit d'une jeune dame de très haute famille qui, souffrant de violentes douleurs dentaires, quitta un dîner pour se mettre au lit et y respirer des vapeurs de chloroforme. On la trouva morte, ayant sous le nez le flacon de chloroforme renversé sur son oreiller, sans que rien ait pu laisser soupçonner l'hypothèse d'un suicide.

*Perpétration de délits.* — Il est arrivé qu'une personne ayant consenti à être anesthésiée et ayant par là perdu tout sentiment de ce qui se passait autour d'elle, a été victime d'actes criminels. On ne peut nier non plus que des personnes aient pu être chloroformées à contre-cœur par la coopération de plusieurs autres. Serait-il vrai d'ailleurs que des voyageurs dormant en chemin de fer, par exemple, ont été surpris par des inhalations dont ils ne se doutaient pas, et volés ensuite sans s'en rendre compte ? On a montré une certaine incrédulité relativement à l'affirmation qu'à son insu on peut faire passer une personne de son sommeil naturel au sommeil chloroformique ; mais la vérité de ce fait est mise hors de doute par les expériences de *Dolbeau*, devenues classiques. Il a d'abord essayé sur des chiens, et il a réussi chez un tiers des animaux. Plus tard, il renouvela sa tentative sur des personnes, et dix fois sur vingt-neuf avec succès. La précaution dont il ne se départissait pas, afin d'arriver à son but, était, en commençant, d'approcher de loin (6 centimètres) la compresse sur laquelle avaient été versées quelques gouttes de chloroforme, et de l'éloigner aussitôt que les dormeurs semblaient, par un mouvement, en être incommodés, pour la rapprocher ensuite, en déterminant progressivement l'habitude des patients à l'irritation produite. D'autres chercheurs ont obtenu des résultats analogues : le *Dr Heurtaux*, de Nantes, une fois, sur un enfant endormi très fatigué ; *Raffaele Gurrieri* de Bologne réussit quatre fois sur neuf. Toutefois, il faut se tenir sur une grande réserve, et *M. Brouardel*, à ce sujet, fait remarquer que, selon lui, presque toutes les personnes ayant subi ce phénomène du passage du sommeil naturel au sommeil chloroformique étaient des femmes nerveuses, des êtres faibles, malades, des enfants, d'où l'on ferait chose sage, conclut-il, avant de se baser sur de pareilles expériences, de rechercher au préalable si l'on n'a pas affaire à des hystériques. Il ajoute qu'il lui paraît en tout cas difficile qu'un individu qui n'est pas médecin puisse réussir à chloroformiser une personne endormie, et d'une manière générale je partage bien son avis ; mais cependant lui-même, lors d'un procès instruit en Angleterre en 1885, interrogé sur la question de savoir si une femme avait pu endormir, la nuit, son mari, en le faisant passer du sommeil naturel dans le sommeil chloroformique, a répondu que ce fait était possible, d'autant plus qu'il s'agissait d'un vieillard, diabétique, fatigué, souffrant de douleurs violentes.

Les délits les plus fréquents sont le vol et le viol, ce dernier surtout. Des dentistes et des médecins s'en sont rendus coupables ; mais, à ce sujet, il importe de ne point perdre de vue les enseignements que donne la pratique journalière de la chloroformisation. On sait, en effet, de combien d'hallucinations peuvent être victimes les personnes soumises à cette anesthésie, et l'on n'ignore pas que, de bonne foi, des femmes sortant de la narcose ont porté à faux d'infamantes accusations contre l'homme de l'art qui les avait endormies. La prudence la plus élémentaire indique donc qu'il faut toujours, au point de vue de sa propre sécurité, n'adminis-

trer le chloroforme à une personne, qu'en présence de témoins.

*Chloroforminomanie.* — D'abord existe-il des chloroforminomanes? Nous avons vu plus haut qu'il y a certaines personnes recherchant l'ivresse dans l'absorption du chloroforme liquide, des buveurs de chloroforme, comme des buveurs d'alcool et des buveurs d'éther. D'autres, initiées aux sensations que donne le chloroforme par inhalations ressenties une première fois dans un but thérapeutique, les ont recherchées ensuite par une impulsion morbide. Je veux bien, ainsi que le dit *M. Brouardel*, que l'on ne rencontrera peut-être jamais ces sortes de manies, mais on les a pourtant observées. *Büchner* raconte qu'il a vu un homme, en même temps opiophage, atteint par périodes de la manie d'inhaler du chloroforme. *Böhm* cite un mélancolique par accès et se chloroformisant alors, tandis qu'en autre temps sa folie disparaissait et il n'usait plus du chloroforme. *Méric* signale le cas d'un homme qui en 5 jours inhala environ 370 grammes de chloroforme, passant le temps dans son lit à dormir, et respirant de nouvelles doses de l'anesthésique à chacun de ses réveils. *Vigla* en cite un autre où un aliéné inhalait journellement de 46 à 54 gr. de chloroforme.

*Quelle est la mortalité normalement imputable à l'anesthésie par les inhalations de chloroforme?* On n'est nullement d'accord jusqu'à maintenant sur le rapport exact existant entre le nombre des narcoses faites et les cas de mort qu'elle ont entraînés. L'examen rapide des statistiques publiées le démontre aisément, et du reste ces statistiques ne peuvent être que de simples approximations, parce qu'il est impossible qu'elles tiennent compte de toutes les conditions complexes ayant pu jouer un rôle parallèle à celui du chloroforme. Lors de la guerre de Crimée, sur 30.000 narcoses faites par les chirurgiens français, pas un seul cas de mort n'aurait été observé. *Chisolm*, de Baltimore, trouve 12 décès seulement sur 250.000 chloroformisations. Par contre, *Andrews*, *Coles*, *Richardson*, *Rendle* publient 1 pour 2.722, 1 pour 2.872, 1 pour 3.196 et 1 pour 2.666. *Morgan* arrive à 1 pour 2.500. La moyenne la plus probable, telle que l'admettent *Nussbaum* et *Brouardel*, serait 1 pour 10.000. Il n'est guère en notre pays de chirurgien sérieux qui n'ait eu à déplorer semblable malheur.

*Quelle est la dose pouvant être mortelle?* L'incertitude existe aussi quant à la quantité pouvant amener la mort. En Angleterre, le comité nommé par la *Société médico-chirurgicale royale de Londres* pour l'étude du chloroforme a établi que 3,50 °/₀ de vapeurs de chloroforme dans l'air respiré était la limite à ne pas dépasser. *Gréhant* et *Quinquaud* admettent qu'un gramme de chloroforme par litre de sang, donc en moyenne 5 grammes chez l'homme, suffisent pour amener l'anesthésie ; 2 gr. 50 à 3 gr. par litre sont considérés comme des doses toxiques. D'autre part, on a vu que chez certains individus l'inhalation de 2 gr. suffit pour amener la narcose, que d'autres en exigent 3 et 4 fois plus. *Taylor* a constaté que 30 et même 15 gouttes seulement ont déterminé la mort, alors qu'en d'autres circonstances 40 gr. ont été fort bien supportés.

*Garner* cite une dame qui, en 12 jours, inhala 1.900 gr. Au *Guys' hospital*, un cas de tétanos fut traité par inhalation de 700 grammes en 24 heures. Ne sait-on pas du reste que dans le traitement de l'éclampsie puerpérale on a pu, et on le fait encore, administrer, pendant plusieurs jours et sans accidents, des doses colossales de chloroforme ? La même personne peut, suivant les moments, montrer une tolérance particulière. *Taylor*, d'après *Roberts*, rapporte le cas d'une dame qui, à plusieurs reprises, avait été chloroformée sans inconvénient et qui, une autre fois, se faisant extraire une dent, succomba après 9 à 10 respirations d'une compresse renfermant 6 grammes de l'anesthésique.

*Certaines conditions exercent-elles une influence quelconque sur la susceptibilité des personnes soumises aux inhalations de chloroforme ?* On pourrait incriminer le sexe en remarquant que, d'après les statistiques anglaises, il meurt deux hommes pour une femme. Quant à l'âge, il paraît sans influence et rien de fixe ne peut être avancé relativement à une différence entre des personnes fortes et des personnes faibles et chétives. Il y a seulement des affections organiques qui sont suspectées de favoriser la production d'accidents mortels ; aussi, de tout temps, a-t-on recommandé un examen attentif préliminaire à la chloroformisation. Cet examen vise les affections pulmonaires, les affections cardiaques, les affections rénales. L'attention doit aussi être attirée sur l'état nerveux (émotivité, hystérie, épilepsie, shock traumatique), l'anémie dérivant des grandes pertes de sang, l'état de grossesse, certaines intoxications fréquentes (nicotinisme, alcoolisme, ivresse), des affections chroniques spéciales (albuminurie, diabète, obésité). En réalité, lorsque des conditions anormales sont révélées, il faut redoubler d'attention et de prudence, autant qu'il est possible s'entourer des conseils et de l'aide d'un confrère, mais en général aucun de ces états, la pratique le démontre, ne constitue une contre-indication formelle à l'emploi du chloroforme.

*Quelles sont les recherches à faire pour l'essai du chloroforme, afin de répondre en justice si ce produit n'a pas dû amener des accidents ?*

1° La vue......... chloroforme transparent ;
2° L'odorat....... odeur suave de pomme, non nauséabonde ;
3° Tournesol..... réaction neutre;
4° Evaporation... sur la main ou papier à filtrer blanc, pas de résidu;
5° Acide sulfurique à égal volume..... ne noircit pas;
6° Potasse caustique ou solution à chaud. .. ne noircit pas ;
7° Nitrate d'argent en solution aqueuse .... pas de précipité ;
8° Réactif de Nessler (iodure double de potassium et de mercure)... pas de précipité.

Au cas contraire, précipité allant du rouge au noir et insoluble dans le cyanure de potasse, conclure à la présence d'aldéhyde ;

9° Un cristal de fuchsine ou du bleu d'aniline... Si la coloration rouge ou bleue se produit, conclure à la présence d'alcool.

D'ailleurs, il ne faut pas se dissimuler les difficultés d'une bonne analyse, et *M. Brouardel* la considère comme si compliquée qu'il donne à ses élèves le conseil de ne pas engager le juge à y faire procéder, car jusqu'ici *aucune n'a abouti.*

*L'autopsie peut-elle donner des signes d'empoisonnement par le chloroforme inhalé?* Ainsi que le dit *Vaschka*, les données cadavériques sont tout à fait négatives. Ni la rigidité cadavérique, ni la coloration du sang, ni son état plus liquide, ni la présence de bulles de gaz, autrefois considérée comme signe pathognomonique, ne peuvent entrer en ligne de compte. C'est la confirmation des idées de M. *Brouardel*, et, en analysant les protocoles de nécropsies pratiquées en pareils cas, on est convaincu de la vérité de ce fait.

Le médecin légiste ne peut guère que recueillir du sang, les poumons et le cerveau. Peut-être alors l'analyse chimique, bien décrite dans tous les ouvrages spéciaux, parviendra-t-elle en cas de doute sur la cause de la mort à déceler nettement la présence du chloroforme. C'est malheureusement le seul service positif que la médecine légale puisse jusqu'ici rendre sur ce sujet.

Je termine par l'examen d'une question spéciale qui peut souvent se présenter dans la pratique.

*Faut-il, pour pratiquer une chloroformisation, y être autorisé par les personnes intéressées?*

La réponse ne peut être qu'affirmative dans toutes les circonstances *où l'intervention n'est pas d'une urgence extrême.* Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et la plupart des règlements des hôpitaux de notre pays font un devoir aux médecins dirigeant les services, de n'entreprendre une anesthésie qu'après y avoir été autorisés par le patient lui même, ou, lorsque celui-ci est sous la dépendance, la tutelle ou l'autorité d'autres personnes, du consentement de ces personnes.

## REVUE DE L'ÉTRANGER

Nous devons à l'obligeance de l'éditeur de l'*International Dental Journal*, qui a bien voulu mettre à notre disposition les clichés nécessaires, de pouvoir publier la traduction résumée de l'intéressant travail de M. R. R. Andrews sur le développement de l'émail. Nous remercions bien vivement notre confrère de son amabilité.

N. D. L. R.

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉMAIL DENTAIRE.

Par M. R. R. Andrews.

Quand nous considérons l'aspect du tissu émail en étudiant son développement, nous ne devons pas oublier que nous sommes contraints d'employer des tissus morts. Il faut se rapprocher de

la vie le plus possible, préparer le tissu quand il est encore tout chaud, ne jamais le laisser sécher, en couper des sections dans le liquide et les monter pour les observer. Il est rarement nécessaire de les teinter, car elles présentent leur structure remarquablement sans teinte.

Quelle est l'origine de l'afflux de sang qui arrive dans l'organe

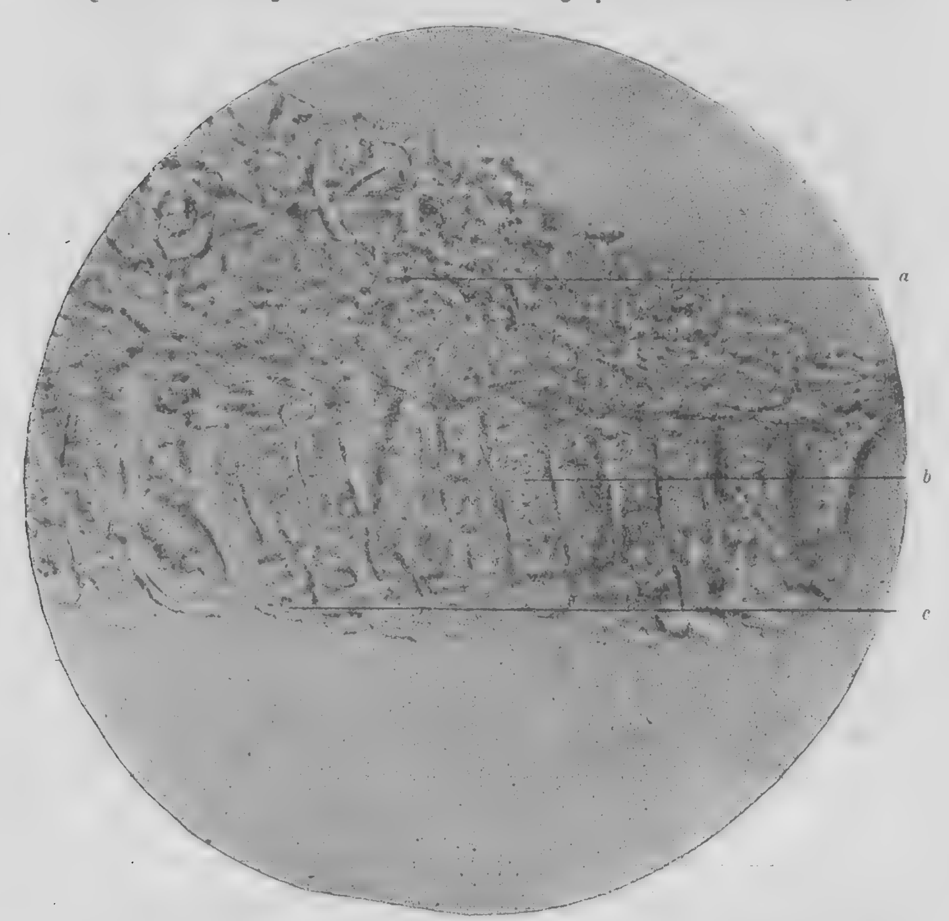



Fig. 21. — Section de dent de veau montrant les améloblastes, ainsi que les petits corps globulaires et les calco-sphérites, dans les cellules. Pas de trace de membrane intérieure ou extérieure : *a*, tissu conjonctif du maxillaire ; *b*, améloblastes contenant des calco-sphérites ; *c*, corps globulaires, globules d'émail. — Zeiss, objectif 2 mm., oculaire n° 12.

de l'émail ? On sait, en effet, qu'il y a un enchevêtrement de vaisseaux sanguins développés dans l'organe propre de l'émail. On entend par *organe propre* l'organe à l'état parfait avant que la calcification commence. C'est alors une sorte de magasin contenant assez de matière calcifiée pour former la première couche de l'émail. Son contenu est complètement épithélial. Je me demande

comment un plexus de vaisseaux sanguins — une structure de tissu conjonctif — peut se développer dans une masse épithéliale. Il y a des indications de plis de tissu comme des papilles et un plexus de vaisseaux sanguins dans le tissu conjonctif du maxillaire au-dessus

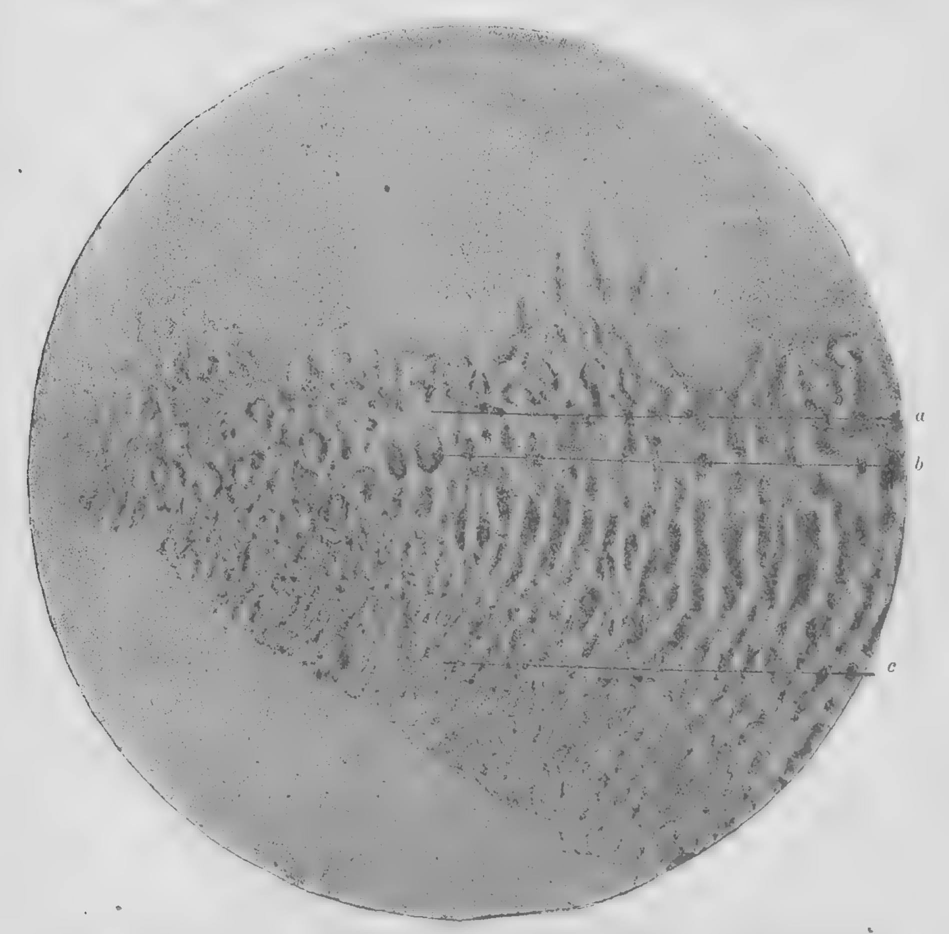



Fig. 22. — Section d'émail de veau en formation, montrant la transformation des globules en tiges d'émail. Fort grossissement: *a*, exsudat protoplasmique, substance cémentaire entre les globules; *b*, masses globulaires, tiges d'émail en formation. — Zeiss, objectif 2 mm., oculaire n° 12.

de l'organe de l'émail et entièrement en dehors de celui-ci. Immédiatement en dehors de ces plis ou papilles se voit un plexus de vaisseaux sanguins qui donne le sang nécessaire aux couches formant l'émail. Tout cela est en dehors de l'organe propre de l'émail, et entre celui-ci et la couche intermédiaire de la surface extérieure se trouvent les cellules de l'épithélium externe de l'organe de l'émail. Cette couche disparaît par la suite, et, comme la calcification avance, le plexus des vaisseaux sanguins se trouve contre la

couche intermédiaire (quelquefois dedans) qui, avec les améloblastes, devient maintenant la couche formant l'émail. Il n'a jamais été vu de plexus de vaisseaux sanguins dans la portion interne de l'organe propre de l'émail.

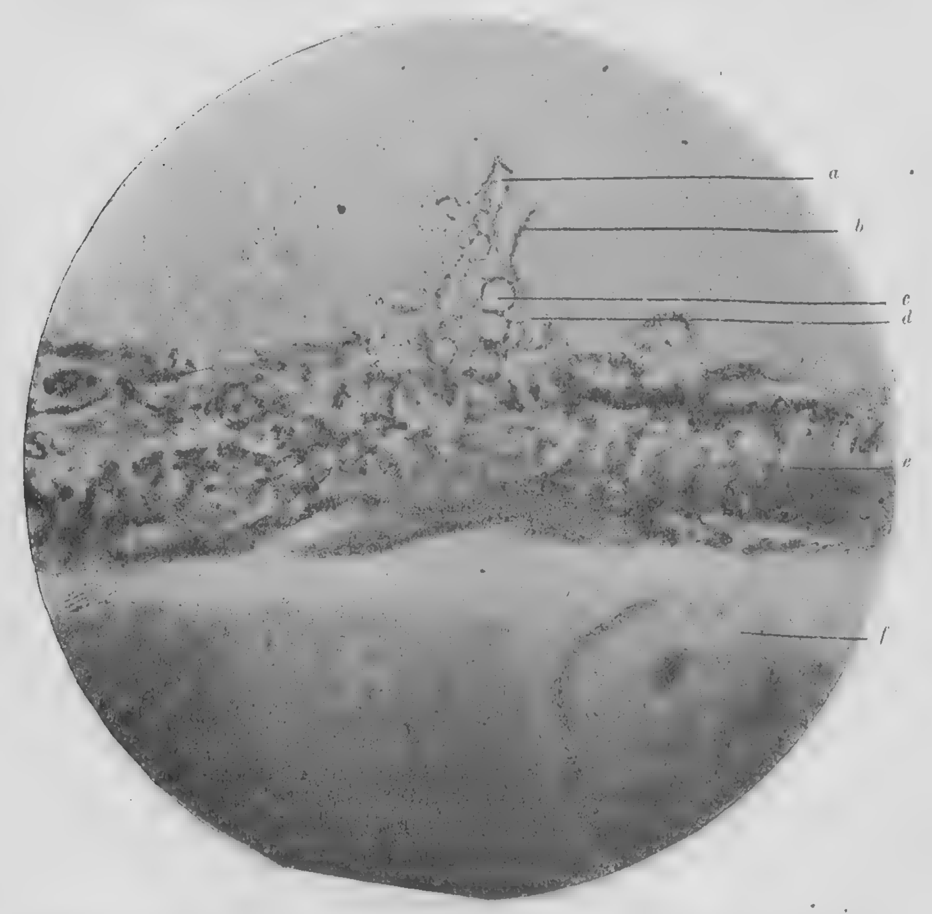



Fig. 23.— Section d'émail de veau en développement présentant une portion des améloblastes contenant des calco-sphérites et des corps globulaires qui vont former une tige d'émail, présentant aussi l'exsudat protoplasmique et le cément entourant les corps globulaires : *a*, partie des améloblastes, contenant des calco-sphérites ; *b*, portion de fibres ; *c*, corps globulaires, formant une tige : *d*, exsudat protoplasmique, cément ; *e*, émail en formation ; *f*, dentine. — Zeiss, objectif 2 mm., oculaire n° 12.

Le sang provient du tissu conjonctif, qui fournit des sels de chaux. L'émail, qui a une structure épithéliale, reçoit donc sa chaux d'un tissu conjonctif.

J'ai examiné récemment la prétendue ligne qui sépare les améloblastes de la couche intermédiaire ; elle n'est pas toujours constante, et, quand elle existe, elle paraît être une collection de fibres,

dans lesquelles se trouve une accumulation de protoplasme, condensé peut-être par un changement survenu après la mort, qui lui donne l'aspect d'une couche.

Les fibres sont formées, par suite d'une métamorphose, du protoplasme; mais je ne pense pas qu'elles se forment dans les cellules.

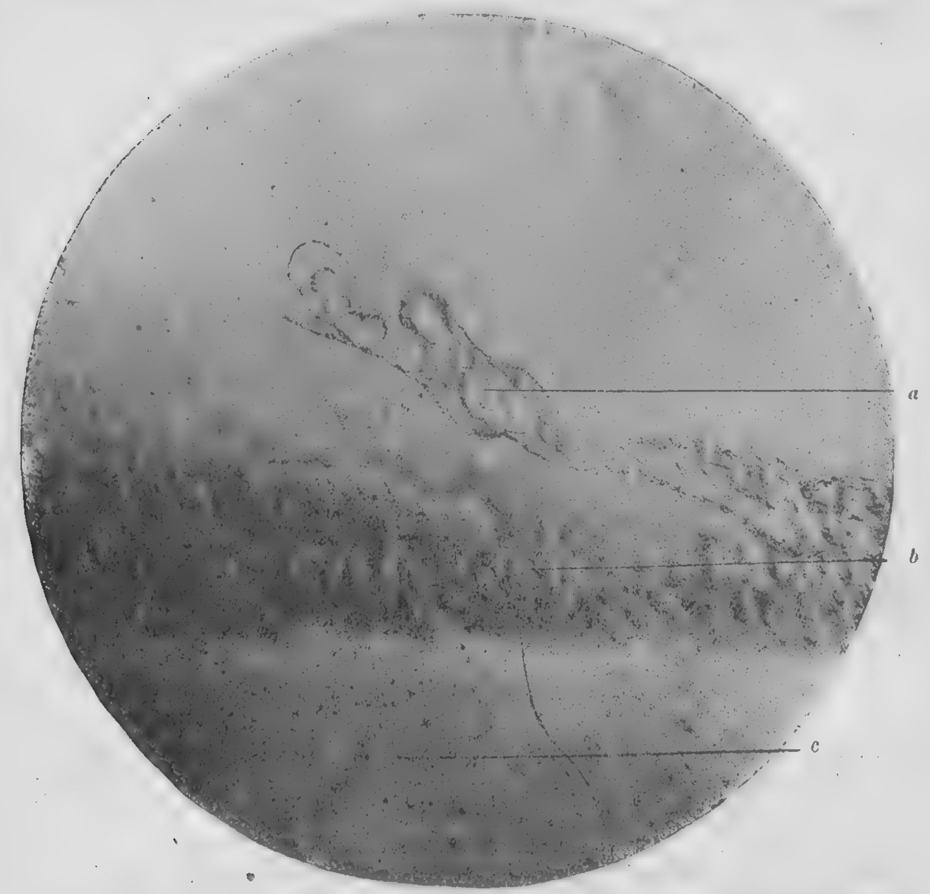



Fig. 24. — Section d'émail de veau en développement présentant les corps globulaires dans la substance entre les tiges du cément; la grande masse a été formée par la coalescence de plus petites masses, par suite de la pression de la lame de verre couvrant le spécimen après le montage : *a*, grande masse globulaire dans la substance du cément; *b*, couche d'émail en formation; *c*, émail formé. — Zeiss, objectif 2 mm., oculaire n° 12.

Sur divers points elles sont reliées aux extrémités des cellules de la couche intermédiaire, et passent dans les améloblastes; c'est ce qui m'a fait penser qu'elles tirent leur origine de la couche intermédiaire. Quelquefois il est difficile de découvrir une couche, on ne voit que des fibres; d'autres fois elle est très marquée et ressemble alors à une membrane.

Quant à la couche ou membrane améloblastique interne, elle a

une structure soignée, une matière composée d'un protoplasme épithélial dense, qui sera solidifié en un émail calcifié ultérieurement.

Cette couche varie d'épaisseur ; parfois elle est très étroite, parfois aussi épaisse que la couche des améloblastes. Son aspect indique les divers degrés de croissance de la couche au moment où la section est pratiquée. Elle est constante pendant toute la période

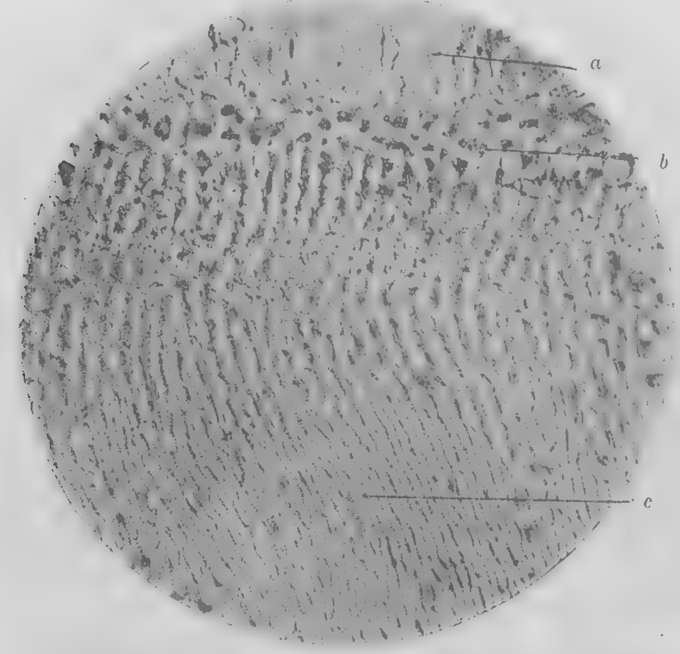



Fig. 25. — Section d'émail de veau en formation, montrant la transition des corps globulaires déposés par les améloblastes dans les tiges de l'émail : *a*, améloblastes déchirés ; *b*, corps globulaires ; *c*, tiges formatives de l'émail. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

de la croissance de l'émail. Cette couche intérieure est la *membrane préformative* des premiers histologistes. C'est une matière en partie calcifiée, ressemblant quelque peu à la substance que nous trouvons partout sur la zone limite de la calcification. On voit quelquefois dans les premières couches formées pour se doubler en plis un excès de substance formée qui est atténué dans l'expansion par la croissance du germe dentinaire, quand il la couvre comme une simple couche.

La couche intermédiaire est une bande de cellules entre les améloblastes et le réticule étoilé de l'organe propre de l'émail. Au début de la formation de l'émail cette couche a beaucoup d'importance, mais pas autant que les améloblastes.

Les améloblastes, par suite d'une métamorphose particulière, sont devenus des cellules épithéliales spécialisées. Dans cet état

ils diffèrent de beaucoup d'autres cellules en ce qu'ils sont incapables d'avoir une existence propre. Ce sont des cellules sans membranes à leurs extrémités, appelées à juste titre formatives de l'émail. La puissance du protoplasme de ces cellules, avec son activité formative, crée, avec les sels de chaux du sang, des corps

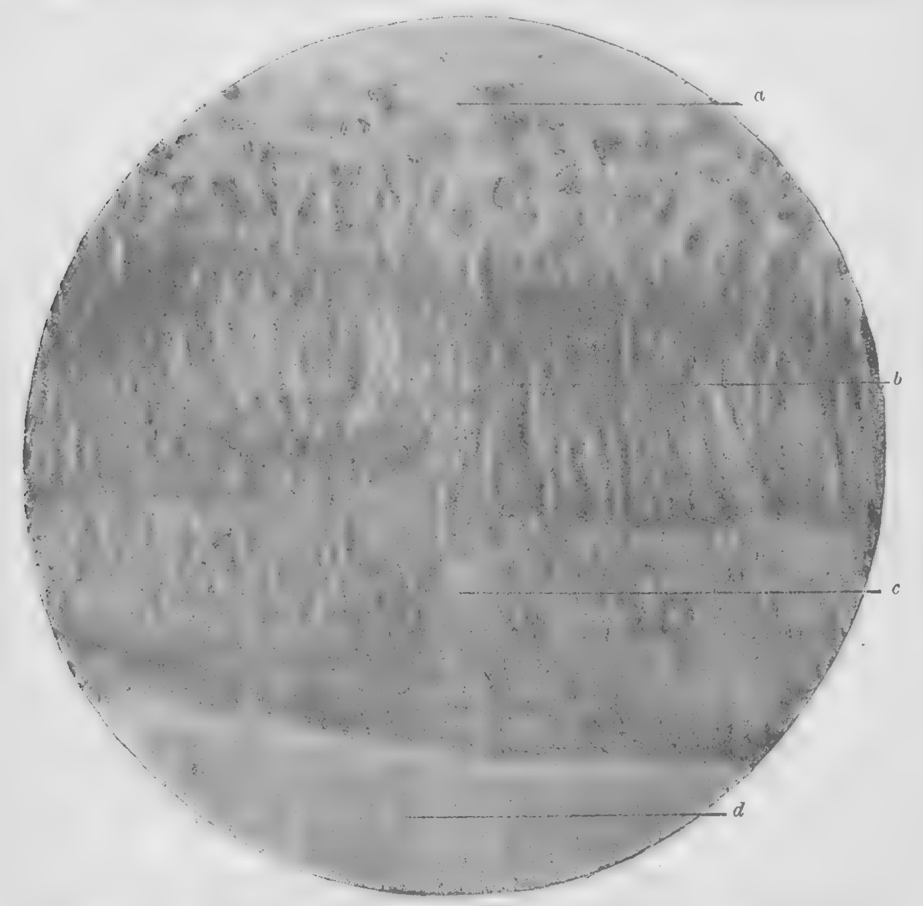



Fig. 26. — Section de dent de veau en développement, présentant la couche formative de l'émail aussi grande que celle des améloblastes: *a*, tissu conjonctif; *c*, émail en formation ; *d*, dentine. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

appelé *calco-sphérites*. Ils diffèrent du protoplasme et sont placés de façon à occuper une position définie, avec une forme fixe et une structure déterminée. Les améloblastes absorbent la matière calcifiante du sang. Il n'est pas formé de substance calcaire de protoplasme seul, mais le protoplasme joue le rôle d'un intermédiaire, choisissant la substance dans son voisinage. Les phénomènes qui se produisent pendant la segmentation nucléaire sont très compliqués. Pendant la première période le noyau subit des changements

préparatoires à la division, ayant pour résultat la formation de segments et de centrosomes nucléaires. Pendant la deuxième phase les segments nucléaires, quand la membrane nucléaire s'est dissoute, se transforment en une figure régulière entre les deux pôles à l'équateur. Dans la troisième période les segments nou-




Fig. 27. — Section de dent de porc en développement, présentant une couche de substance d'émail repliée sur elle-même. Les cellules d'émail ont été écartées pour montrer le pli : *a*, pli de la substance de l'émail ; *b*, cellules de l'émail, améloblastes ; *c*, dent en développement ; *d*, os maxillaire en développement. — Tolles, objectif de 1/2-pouce.

veaux formés pendant une des premières phases par les segments primitifs par suite de division longitudinale se séparent en deux groupes, qui agissent dans des directions opposées depuis l'équateur jusqu'à ce qu'ils atteignent le voisinage des centrosomes.

Pendant la quatrième période la reconstitution a lieu, les nouveaux noyaux vésiculaires restants étant formés des deux groupes de segments nouveaux, tandis que le corps cellulaire se divise en

deux cellules nouvelles. Il y a un processus de formation de cellules nouvelles par segmentation nucléaire. Ces cellules fournissent celles qui sont nécessaires pour couvrir la plus grande circonférence de l'émail quand il se forme. Les cellules nouvelles nécessitées dans la couche améloblastique ont leur origine entière dans

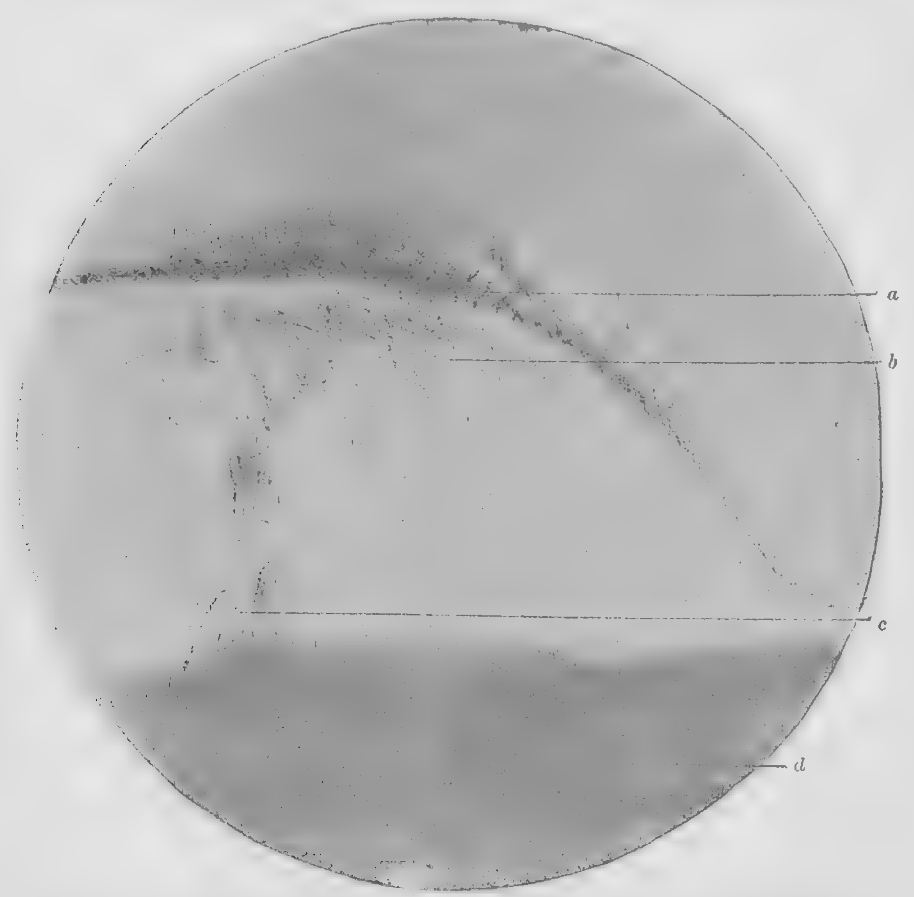



Fig. 23. — Section d'une dent humaine en développement, présentant la structure fibreuse de la soi-disant *membrane améloblastique intérieure* : *a*, structure fibreuse dans laquelle les globules de l'émail sont déposés ; *b*, *c*, fibrilles d'émail formant la sous-structure ; *d*, émail formé. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

le noyau de l'améloblaste. La matière globulaire calcifiée est une substance formée. Le noyau de ces cellules spécialisées forme des cellules vivantes nouvelles. Le pouvoir du corps protoplasmique, de créer différentes structures de la chaux qu'il absorbe, joue un plus grand rôle dans la formation de ces masses que le noyau. Il s'empare des sels de chaux, les transforme en globules calcifiés et les dépose, en cas de calcification de l'émail, à la surface extérieure de sa structure calcifiante.

Passons maintenant à la structure de la plus jeune couche d'émail, telle qu'elle est formée avant sa calcification complète. Il y a là une période de croissance importante entre la formation des masses et leur calcification en tiges d émail. Cela montre la période de transition. Les corps de matière calcifiée déposés ne sont pas

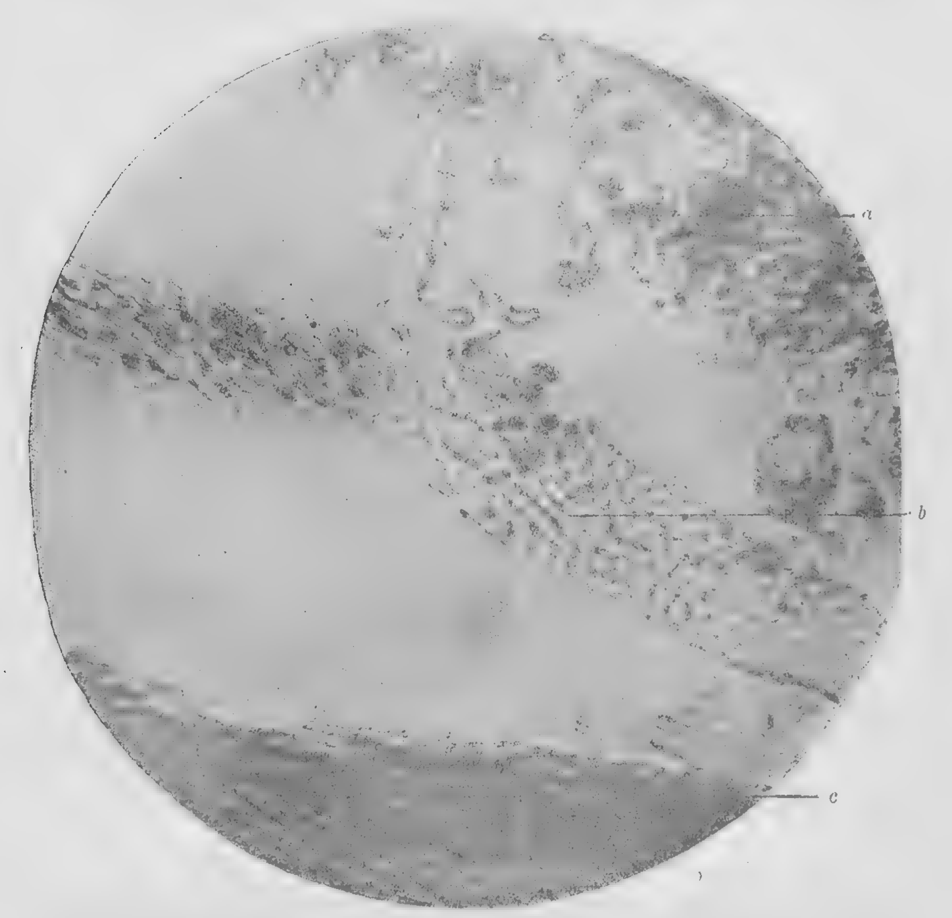



Fig. 29. — Première couche d'émail formée. La soi-disant *membrane améloblastique intérieure* n'est pas une membrane; elle est composée d'une sous-structure fibreuse dans laquelle sont placés les globules de l'émail : *a*, couche améloblastique ; *b*, sous-structure des fibres ; *c*, dentine. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

toujours globulaires, ont rarement la forme de disques, sont plus souvent ovales ou en forme de blocs, avec les angles arrondis, et sont presque toujours plus grands que la tige d'émail formée plus tard de cette substance. Ils sont déposés dans ce qui semble être une substance semi-fluide, protoplasmique. Il y a deux produits distincts, de même nature, ne différant que morphologiquement, l'un globulaire, l'autre fluide, chacun d'une combinaison chimique diffé-

rente. En examinant la membrane précitée on voit les masses au point de calcification presque ovales ou en forme de bloc, entourées d'une substance semi-solide, formée par le protoplasme de l'améloblaste. Cette tige de cément n'est pas formée par les masses

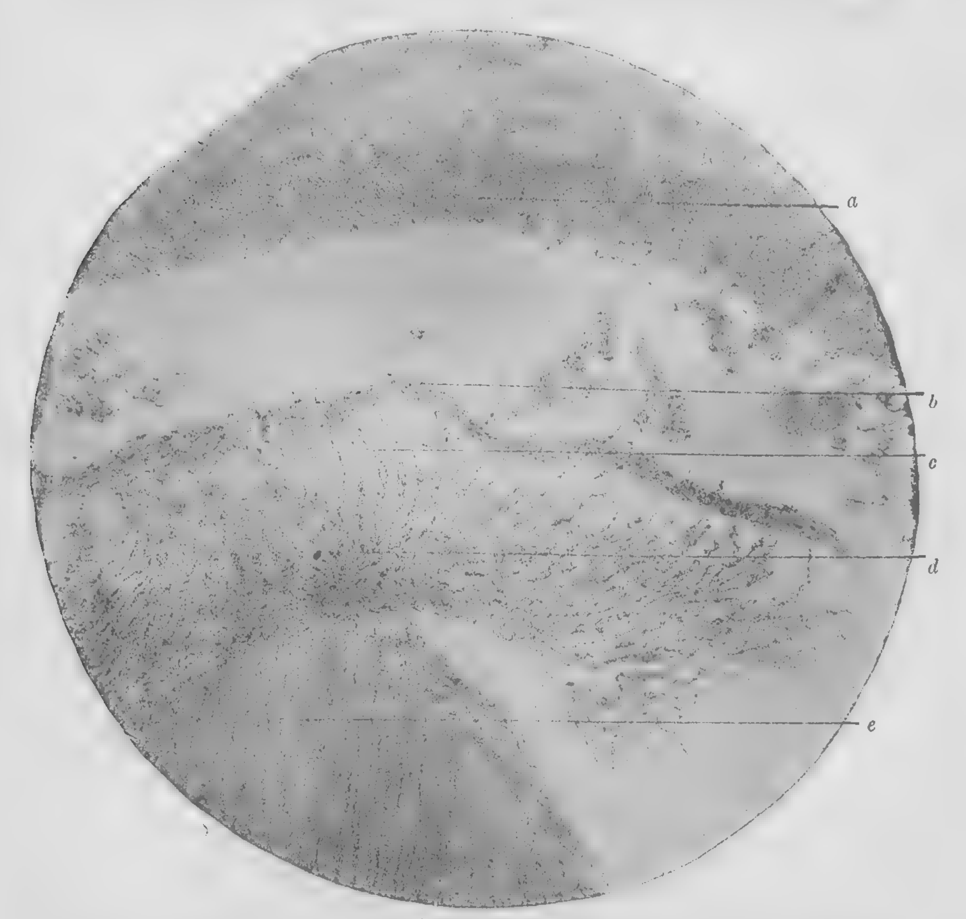



Fig. 30. — Section d'émail humain en formation, présentant les sous-structures fibreuses : *a*, tissu conjonctif et couche intermédiaire ; *b*, dernière couche d'émail formée, soi-disant *membrane améloblastique intérieure* ; *c*, fibrilles d'émail, sous-structure dans laquelle sont déposés les globules ; *d*, émail jeune pris dans la dentine ; *e*, dentine. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

globulaires. Comme les globules d'émail sont pris au point de calcification, ils sont un peu plus grands que la tige qu'ils vont former. Ils semblent poussés par quelque force contre la partie calcifiée, comme s'ils subissaient une espèce de compression. Les masses sont séparées l'une de l'autre, avec la substance cémentaire semi-solide autour d'elles et entre elles. Si ce jeune émail était écarté de la couche des améloblastes, nous verrions où sont les

fibres épithéliales. Elles se dressent hors de la section comme les dents d'un peigne, mais sont couvertes de substance cémentaire protoplasmique, en partie calcifiée, qui les cache, et il est un peu difficile de les distinguer comme fibres; mais elles sont trop régulières dans leur arrangement pour être des formations acciden-

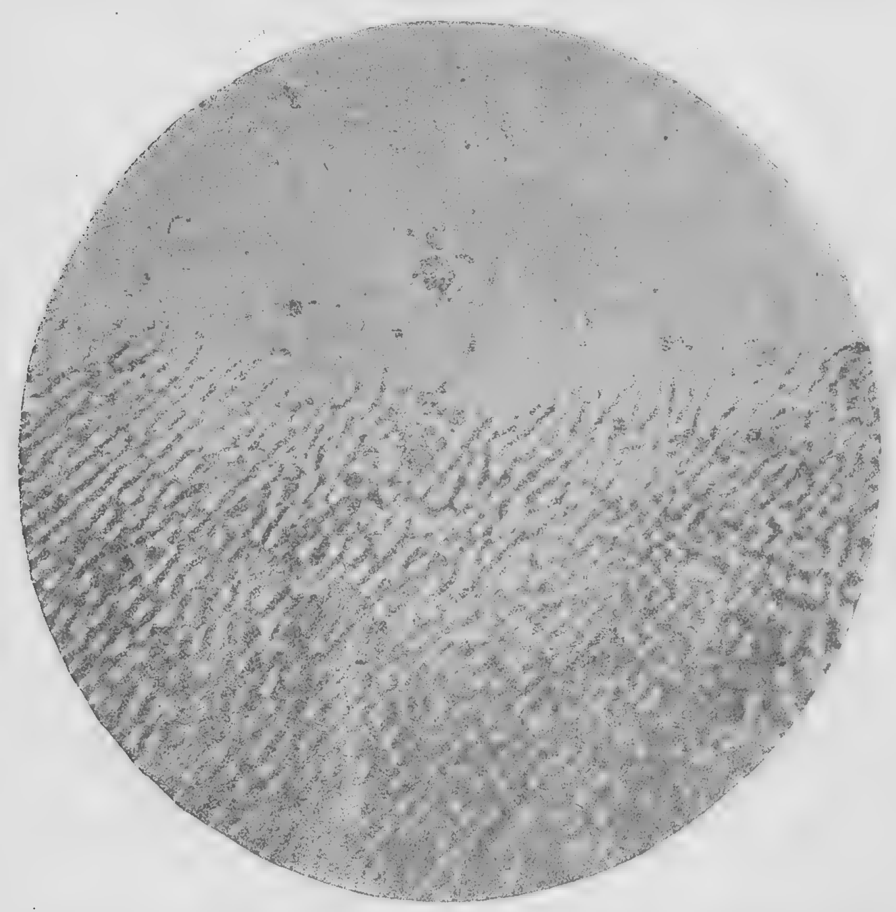


Fig. 31. — Section d'émail en formation (veau nouveau-né), présentant une sous-structure fibreuse dans laquelle les globules sont placés. Les fibres sont plantées comme les dents d'un peigne, la substance cémentaire étant calcifiée tout autour. — Zeiss, objectif 2 mm., oculaire n° 12.

telles, causées par la sortie de matière calcifiée pour former des bandes plasmiques. En examinant une autre section, présentant les couches formant l'émail avec la couche de transition, et la dentine formée, on trouve que les parties qui semblent être des fibres s'étendent à une certaine distance des améloblastes jusqu'à la dentine formée, dans un ordre régulier et systématique.

Considérons maintenant la substance appelée *calcoglobuline*. La calcoglobuline est formée seulement à son point de calcification.

Cette substance est en quelque sorte une combinaison chimique, car elle devient très résistante à l'action des acides, des caustiques, des alcalis et de l'eau bouillante. Dans la partie des améloblastes la plus éloignée de l'émail en calcification, la matière calcifiante est produite par le mélange avec les fluides protoplasmiques ; elle

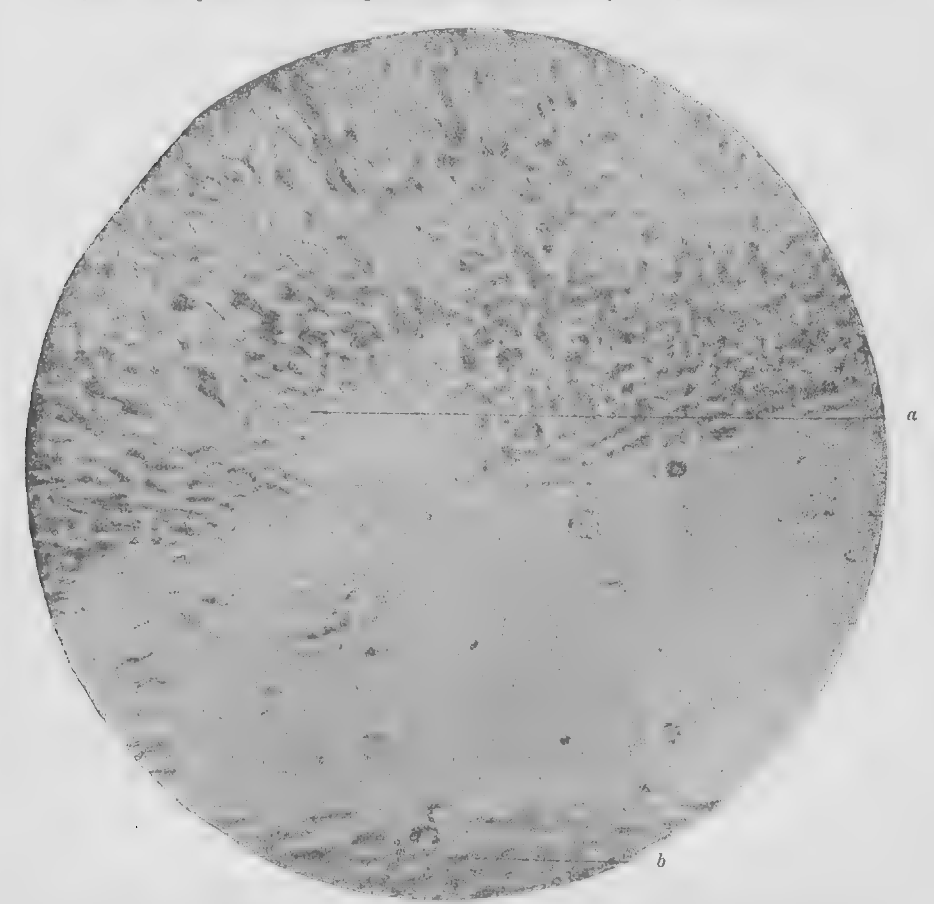



Fig. 32. — Section de dent humaine en développement, montrant la structure de la *membrane améloblastique intérieure* : *a*, corps globulaires de dimension uniforme, déposés régulièrement, formant les tiges de l'émail ; *b*, dentine. — Hartnack, objectif n° 9, oculaire n° 2.

s'y trouve si finement divisée qu'elle n'est pas souvent visible, même avec les plus forts grossissements. Un peu plus bas dans la région du noyau, nous en avons un exemple sous forme de petits globules de matière calcifiante, appelés calco-sphérites et paraissant grandir non par la croissance, mais par une sorte de coalescence, devenant plus gros quand ils sont conduits par la matière vivante de la cellule à la région de l'émail calcifiant. Là ils sont devenus coalescents dans leur forme typique, avec la même dimen-

sion à peu près. A ces points ce n'est pas la substance que nous appelons calcoglobuline. Au point de calcification ils subissent un changement chimique de nature calcifiante; ils deviennent un tissu de transition, qui se voit sur la zone limite de la calcification, très résistant aux acides, connu alors sous le nom de calcoglobuline.

La substance des globules de l'émail devient la tige, par suite de dépôts successifs. L'exsudat protoplasmique des améloblastes qui s'écoule autour des globules qui forment les tiges se calcifie comme substance cémentaire. Je suis porté à croire que la présence de corps globulaires minuscules dans les colonnes calcifiées de l'émail formé est une forme de développement arrêté. On ne voit pas cet aspect dans des sections de ce qui semble être de l'émail de belle structure.

En résumé, j'estime que la formation de l'émail est en quelque sorte un processus de sécrétion; mais je ne crois pas qu'on ait trouvé des papilles qui sécrètent dans la couche intermédiaire dans tous les cas. Je crois qu'il y a deux produits distincts des couches formant l'émail; l'un de ces produits, qui constitue les tiges d'émail, est formé dans l'améloblaste, mais non par une formation nucléaire. Dans la tige d'émail formée, les corps globulaires sont presque fondus l'un dans l'autre à leurs extrémités.

Quand les corps globulaires viennent des améloblastes, ils sont placés dans un réseau qui semble être en fibres épithéliales, traversant les masses globulaires. Autour de la structure ainsi formée coule l'exsudat protoplasmique, fournissant la substance cémentaire. La calcification se produit alors, et l'émail est formé. J'estime que l'émail contient très peu de matière organique quand il est complètement calcifié, et que les verres les plus grossissants ne montreront pas la plus légère différence entre l'émail meulé sur une dent vivante, et celui qui est demeuré dans la terre pendant des siècles.

(*International dental Journal.*)

---

## XII[e] ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE.

*Tenue à Berne les* 22, 23 *et* 24 *mai* 1897.

Le samedi 22 mai, à 3 heures, s'ouvrait à Berne la 12[e] assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse. Cette première réunion, qui comportait un ordre du jour essentiellement administratif, lectures de rapports, élection du Comité, propositions, etc., ne fut clôturée qu'à 7 h. 1/2.

Cette partie administrative fut par moments assez agitée; une des questions qui firent plus particulièrement jaillir des flots d'éloquence fut la discussion soulevée à propos du journal *La Revue trimestrielle suisse d'Odontologie*, paraissant en deux langues, mais

qui, selon plusieurs orateurs, coûte trop cher et ne produit pas assez d'articles originaux. Cependant, malgré toutes les excellentes paroles prononcées, il ne sera pas facile aux rédacteurs de se conformer aux vœux exprimés, la publication d'un journal coûtant toujours fort cher; et si les secrétaires n'adressent pas d'articles à la rédaction, il est certain qu'il ne peut pas en être inséré.

La Société vote l'admission de onze nouveaux membres, parmi lesquels sept dentistes du grand-duché de Bade, qui sont reçus à titre de membres passifs.

La prochaine Assemblée annuelle se tiendra à Zurich, au mois de mai 1898.

Le même soir, à 8 h. 1/2, une soirée familiale réunissait les sociétaires dans un grand local situé au-dessus du café du Grand-Pont; au nom de ses collègues, un confrère bernois, dans une habile improvisation, salue les participants au Congrès et leur souhaite une chaleureuse bienvenue. Plusieurs discours sont encore prononcés, et de nombreuses productions musicales et littéraires retiennent les assistants jusqu'à une heure avancée.

Le dimanche 23 mai, la séance est ouverte à 8 heures du matin. *M. Respinger*, de Bâle, lit une très intéressante communication sur la cataphorèse; il parle avec faveur de cette application de l'osmose électrique qui permet la diffusion des solutions médicamenteuses au travers des tissus organiques. Il mentionne ses brillants résultats, obtenus dans le traitement des diverses affections gingivo-dentaires au moyen des différentes solutions successivement éprouvées, tels que: l'iode, le gaïacol, l'eucaïne, la cocaïne et ses dérivés, etc.

*M. Feblagy*, de Genève, fait une démonstration avec un or cristallisé de sa fabrication, en aurifiant sur un de ses confrères une première molaire inférieure droite, atteinte de carie sur sa partie mésio-triturante. L'opération est habilement conduite: en moins de 20 minutes, elle se trouve terminée. L'aurificateur agrémente sa démonstration de conseils judicieux, que sa longue expérience lui permet de formuler. Ainsi, il recommande de ne jamais déchirer l'or, mais de le couper; de ne pas le recuire sur une feuille de mica, mais bien directement à la flamme, et surtout de ne pas se presser, comme on croit pouvoir le faire avec les ors en cristaux, et pour débuter de ne pas vouloir aller trop vite; la facilité avec laquelle se foule et adhère l'or cristallisé, rend l'opérateur négligent; ce n'est qu'après un apprentissage sérieux que l'on pourra chercher à gagner du temps. Il présente l'analyse chimique de son or, faite par MM. Frutiger frères, essayeurs jurés fédéraux, qui ont reconnu que le titre était effectivement de 1.000/1.000.

M. *M. Brodebeck*, de Winterthur, présente quelques spécimens de travaux à pont avec couronnes or et caoutchouc; les parties externes et triturantes des couronnes sont en or estampé, tandis que les parties linguales sont en caoutchouc vulcanisé. On obtient ainsi des travaux très propres, plus légers, plus faciles à confectionner et meilleur marché que ceux établis uniquement en or.

Il montre encore les différents modèles d'un cas de redressement dont l'irrégularité des dents a été combattue avec succès par l'application d'un système d'attelles et de vis ingénieusement combiné.

M. *Heidenhauss*, de Berlin, a été chargé par M. le Dr Herbst, de Brême, de démontrer le *Submarin Gold*, un nouvel or très plastique, possédant au plus haut point les propriétés de l'or mou. Une riche collection de dents aurifiées avec cet or, est soumise à l'examen des assistants, qui sont encore une fois obligés de reconnaître quelle habileté de manipulation possède M. Herbst.

M. Heidenhauss appuie avec raison sur le fait que plus le dentiste avance dans la pratique journalière de la profession, plus celui-ci se trouve heureux de délaisser les moyens et procédés longs et compliqués; c'est pour cette cause que malgré de nombreux détracteurs M. Herbst restera un maître pour ceux qui croient avec lui que méthode longue, compliquée et fatigante pour l'opérateur et le client, ne veut pas toujours dire : résultat meilleur et plus certain.

*M. Stoppani*, de Zurich, fait une courte dissertation sur la prothèse immédiate des maxillaires. Il peut aborder cette question avec d'autant plus d'autorité qu'il a eu l'occasion de placer un certain nombre de ces appareils sur des sujets âgés de 10 à 75 ans.

Il présente une jeune fille âgée de 13 ans, dont le maxillaire inférieur atteint d'un sarcome à cellules géantes fut réséqué trois ans auparavant par M. le Dr Krönlein, de Zurich. Depuis cette époque elle a porté plusieurs appareils en vulcanite, changés chaque fois que la croissance de l'enfant l'exigeait; on peut dire que celui qui lui sert actuellement est très réussi sous tous les rapports, l'aspect de la physionomie, la mastication et la prononciation sont parfaits.

M. Stoppani recommande de placer les pièces de prothèse immédiatement, aussi vite qu'il est possible après l'opération ; lorsqu'on est obligé d'attendre quelques jours, il faut empêcher les cicatrisations déformantes et l'atrophie musculaire au moyen de tampons de gaze iodoformée.

*M. Dill*, de Liestal, dans une très intéressante causerie, rendue des plus attrayantes par l'adjonction de grandes planches coloriées, expose différentes modifications techniques concernant les dents à pivot, couronnes d'or et pièces à pont. En parlant de la préparation des racines, il présente des fraises à racines, taillées de telle sorte qu'il est impossible de perforer l'apex ; il montre également des dents et appareils maintenus par divers genres de pivots: pivots carrés à ressort, avec gaines, pivots vissés, dents maintenues avec des vis fixées dans des pivots évidés au centre et taraudés à pas de vis. Il démontre, sur une jeune patiente, l'avantage de ce dernier système pour le maintien d'une prémolaire gauche supérieure.

A 1 heure, un banquet servi au foyer du Gesellschaftshaus Museum réunissait 125 sociétaires.

Une excursion au château de Bremgarten compléta d'une façon bien champêtre cette seconde journée.

Le lendemain matin 24 mai, à 8 heures, reprise des conférences et démonstrations.

*M. Gerster*, de Berne, après avoir énoncé les occasions multiples qui se rencontrent dans la pratique d'être appelé à confectionner d'une manière simple et rapide des travaux en émail, tels que : dents à pivot, couronnes en émail, pièces à pont, gencives en émail rose, inlays, etc., recommande d'une façon toute spéciale le nouveau fourneau à émail que la Maison Ash et fils a dernièrement offert à la profession. C'est un fourneau à gaz, qui demande, il est vrai, l'emploi de la soufflerie Fletcher, mais grâce à cette soufflerie on peut atteindre une très haute température en fort peu de temps ; pour les petits blocs, une minute et demie suffit. De plus, la flamme n'arrive pas en contact direct avec la pièce d'émail à cuire, mais celle-ci est disposée dans un moufle en platine ; par conséquent, aucune modification n'est à craindre pour les teintes. Les sept teintes d'émail et le flacon d'émail pour gencives livrées avec le fourneau suffisent pour tous les cas. Ce fourneau peut également servir pour fondre l'or.

*M. Gerster* présente différents spécimens de couronnes, pièces à pont, gencives émaillées, obtenus avec ce fourneau.

*M. Dill* fait une démonstration pratique se rapportant à la conférence qu'il avait faite le jour précédent. Il confectionne une dent à pivot carré, à ressort fixé dans une gaine carrée, une petite pièce à pont avec couronnes d'or, et différents petits travaux qui permettent de reconnaître son habileté technique et les ressources de son esprit inventif.

*M. Respinger* reprend encore une fois l'importante question de la cataphorèse, il énumère les nombreux services que peut rendre cette diffusion des fluides médicamenteux au moyen du courant électrique, dans la pratique journalière : insensibilité de la dentine, blanchiment des dents, extraction immédiate et sans douleur de la pulpe, extraction des dents.

*M. Grosheintz*, de Bâle, qui lui-même a fait sur le même sujet une communication à la Société d'Odontologie de Paris (séance du mardi 13 octobre 1896, voir l'*Odontologie*, page 727), confirme les conclusions favorables de M. Respinger. Il appuie et insiste sur les services réels que l'on peut attendre de la médication et de l'anesthésie cataphorique, et sur l'importance de l'application de la cataphorèse dans les divers domaines de l'art dentaire, de la médecine et de la chirurgie.

*M. Müller*, de Wädensweil, dont l'ingéniosité bien connue s'affirme toujours davantage à chaque congrès, présente plusieurs « duplicata » de pièces à pont, appareils partiels démontables, système à ressort, qu'il déclare être portés par ses clients avec la plus entière satisfaction.

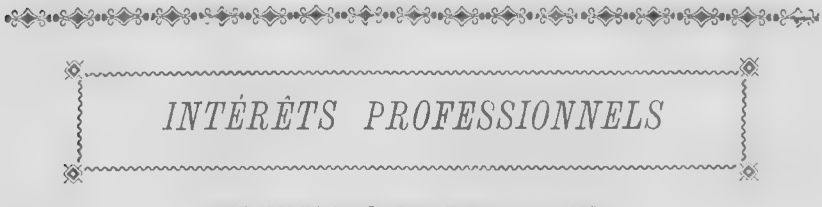
*M. le Dr Redard*, de Genève, donne lecture d'un travail ayant pour titre : « Dents et prosopalgie ». Après avoir admis que de

toutes les causes pouvant contribuer à provoquer les névralgies du trijumeau et de ses branches, la carie dentaire avec ses complications est la plus fréquente, il recommande d'éviter de généraliser, et pour preuve il cite l'observation d'un cas de névralgie rebelle du nerf sous-orbitaire occasionnée par un très violent chagrin venant surprendre un père de famille par le fait de la perte de son fils, victime d'un accident par imprudence. Une névrite sous-orbitaire s'étant déclarée, il fut impossible de la guérir, elle se montra réfractaire à tous les traitements anti-névralgiques; la résection seule du nerf sous-orbitaire permit d'obtenir la guérison.

Vu le manque de temps, il n'est pas possible de prendre connaissance de deux communications, l'une ayant trait à une étude de traitement de la fistule dentaire, par *M. Maillart*, de Berne, l'autre concernant une observation recueillie par M. *Thioly-Regard*, sur un cas d'entorse unilatérale de l'articulation temporo-maxillaire. Ces deux travaux seront néanmoins insérés dans un des prochains numéros de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie.*

A 1 heure, le banquet d'adieu à l'hôtel de Berne terminait officiellement ces trois journées consacrées à la vie collective professionnelle.

A. THIOLY-REGARD, D. E. D. P.



# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## NOUVELLES DE BORDEAUX.

Nos lecteurs se rappellent que nous avons publié, sous ce titre, dans notre numéro du 15 août dernier, une note résumée et fort atténuée d'une longue lettre d'un de nos correspondants de Bordeaux, que nous n'avons pas cru devoir reproduire.

M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux nous adresse à ce sujet une lettre de « rectification » que nous avons annoncée dans notre dernier numéro et que notre impartialité nous fait un devoir de publier ci-dessous :

**ECOLE & CLINIQUE DENTAIRES** *Bordeaux*, 20 août 97.
DE BORDEAUX
226, rue Sainte-Catherine.

RECTIFICATION

Monsieur le Rédacteur,

Je proteste formellement contre le récit des divisions survenues dans l'Ecole dentaire de Bordeaux, fait dans votre journal du 15 août, sous la rubrique : « Nouvelles de Bordeaux ».

L'amitié et l'union règnent chez nous, comme par le passé.

Seul, un des nôtres, professeur et administrateur, a dû se retirer pour des actes jugés incorrects. Il n'y a donc point de désorganisation à craindre, et

notre Ecole, qui, vous le reconnaissez, correspond à un besoin indiscutable, continuera sa mission.

Jamais personne des fondateurs de notre Ecole ne consulta MM. Dubois et Godon, car l'Ecole de Bordeaux était fondée depuis un mois quand ces messieurs vinrent chez nous. Nous eûmes avec ces messieurs une entrevue dont le caractère annoncé devait être amical. Mais les critiques que souleva Dubois furent, dans la circonstance, très inconvenantes, car Dubois, ne connaissant ni le milieu ni les ressources, ne voulant accepter de nous aucun éclaircissement et passant de là à la menace, fit preuve d'un esprit buté dans une idée préconçue.

Si le sort, moins cruel, lui eût donné de revenir aujourd'hui dans notre bonne ville, il pourrait se rendre compte que les sentiments du monde dentaire bordelais, dont il se faisait le champion, ont totalement changé à notre endroit, et que nous ne sommes pas loin d'échanger le baiser de Lamourette.

Merci de la sympathie que vous nous témoignez; nous ferons tout notre possible pour vous assurer longtemps le plaisir d'applaudir à nos succès, et nous sommes à votre égard dans les mêmes bonnes intentions.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, mes salutations distinguées.

D^r G. ROLLAND.

Il résulte de cette lettre que, contrairement aux assertions de notre correspondant occasionnel, l'union continue à régner, comme par le passé, à l'Ecole dentaire de Bordeaux, ce dont nous félicitons ses administrateurs.

Nous ferons remarquer pourtant que l'information suivante, extraite du numéro de juillet, page 111, de l'organe de l'Ecole : *Les Archives nationales de Stomatologie et d'Art dentaire*, explique pourquoi nous avions ajouté quelque créance au récit de notre correspondant :

*Informations* : — MM. Quéré, May Barral, Baril et Dutour ne font plus partie du corps enseignant de l'Ecole.

M. Lot ne fait plus partie du Conseil d'administration de l'Ecole.

M. le D^r Dutour et M. Lot, D. E. D. P., exerçaient à l'Ecole dentaire de Bordeaux les fonctions de professeurs de dentisterie ; M. le D^r Quéré, M. le D^r May Barral de Philadelphie et M. Baril, les fonctions de chefs de clinique.

Quant au passage de la lettre de « rectification » relatif à P. Dubois, nous sommes encore obligés d'y répondre:

1° La lettre rectificative ne consteste pas les critiques formulées par P. Dubois contre les bases sur lesquelles se constituait l'Ecole de Bordeaux, mais elle les qualifie « *d'inconvenantes* ». On peut s'étonner de trouver sous la plume de M. le D^r Rolland une appréciation formulée en termes aussi peu parlementaires ; mais nous ne nous y arrêterons pas ;

2° Si MM. Dubois et Godon ont été donner leur avis sur la constitution de l'Ecole de Bordeaux dans une réunion professionnelle, c'est parce qu'ils y avaient été invités par des confrères qu'ils ont cru mêlés plus ou moins directement à la fondation de la dite école, et dont un au moins était — il y a encore peu de temps — membre du Conseil d'administration de celle-ci ;

3° Si la note parue dans le numéro du 15 août a fait allusion aux critiques de Dubois, c'est que la lettre de notre correspondant, qu'elle devait résumer, rappelait ces critiques.

Ajoutons que notre correspondant, dans le récit des faits qu'il nous avait signalés, avait surtout attiré notre attention sur les inconvénients que présente la pratique de la dentisterie à bon marché dans un établissement d'enseignement, et que nous avions laissé de côté tout ce qui avait trait aux poursuites (auxquelles nous voulons demeurer tout à fait étrangers) contre les dentistes non diplômés de Bordeaux.

Ajoutons enfin que nous avons le devoir de tenir nos lecteurs au courant de tous les faits professionnels qui viennent à notre connaissance, et que nous n'avons ni le désir ni le pouvoir de nous y soustraire, quelque pénible qu'il puisse être quelquefois de les relater.

N. D. L. R.



## Documents Professionnels

### CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

*Session de Paris,* 28, 29 *et* 30 *octobre* 1897.

La cotisation, fixée à 15 FRANCS, donne droit au compte rendu des travaux du congrès. Les souscriptions doivent être adressées au trésorier, *M. Stévenin, boulevard Haussmann,* 138, Paris.

Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à *M. Mendel Joseph*, secrétaire général, 34, boulevard Malesherbes, Paris.

PREMIÈRE LISTE D'ADHÉRENTS.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dr Rosenthal, | Nancy. | Ducournau, | Paris. |
| Godon, | Paris. | Heïdé | — |
| E. Lecaudey | — | Viau | — |
| Michaëls | — | Gillard | — |
| Ed. Papot | — | Helot | Brest. |
| Dr Queudot | — | Mme Gillion | Avesnes. |
| Mendel Joseph | — | Salmon | Limoges. |
| Stévenin | — | Harwood | Lyon. |
| de Marion | — | Dr Guillot | — |
| Hyvert | — | Bonin | la Mulatière. |
| Meng | — | Vichot | Reims. |
| Amoëdo | — | Bouvier | Lyon. |
| Choquet | — | Diparraguerre | Bordeaux. |
| E. Bonnard | — | Stener | Grenoble. |
| Martinier | — | Sarradon | Pau. |
| L. Richard-Chauvin | — | Dr Nux | Toulouse. |
| Rozenbaum | — | Dr Bonwill | Philadelphie. |
| Delahaye | — | Dr Hopewell Smith, | Londres. |

# SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

*Séance du 30 juin 1897.*

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Stévenin, Bruel, Ronnet, Fabvre, Rollin, Hervochon, Paulme.

Excusé : M. Jacowski.

Sans excuse : MM. le Dr Sauvez et Martinier.

Le Conseil désigne MM. de Marion et Bruel pour représenter le Syndicat devant la Commission dentaire relative au prochain Congrès Dentaire de Paris.

*Séance du 27 juillet 1897.*

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Jacowski, Stévenin, Bruel, Ronnet, Rollin, Hervochon, Dr Sauvez, Paulme, Fabvre.

Sans excuse : M. Martinier.

La candidature de M. Meyenroch, chirurgien-dentiste, 16, rue de Tilsitt, Paris, est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. Parrains : MM. de Marion et Stévenin.

La prochaine séance du Conseil aura lieu en septembre. Des dispositions sont prises pour l'expédition des affaires courantes pendant les vacances.

---

# ASSOCIATION DES DENTISTES DU NORD-OUEST DE LA FRANCE.

*Siège social* : 34, *rue du Château*, *Brest*.

La réunion de l'Association des Dentistes du Nord-Ouest de la France aura lieu, pour l'année 1897, à Rennes, le dimanche 31 octobre.



# LIVRES ET REVUES

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE[1].

**Albrecht** (H.) Beitrag zur vergleichenden Anatomie des Säugethier-Kehlkopfes. Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wissensch. Math.-naturw. bl., Wien, 1896, cv, 227-322, 7 pl. — **Allen** (A. H.) Capping pulps. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 100-102. — Ein Fall von Implantation. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 53-56. — **Apolant** (E.) Ueber Infection einer Zahnoperationswunde. Therap. Mo-

1. Cette partie est principalement puisée dans le *Cosmos*.

natsh., Berl., 1897, xi, 93. — **Arctander** (H.) Akut Osteomyelitis i Overkæben. [Acute osteomyelitis in the upper jaw.] Hosp.-Tid., Kjobenh., 1896, 4. R., iv, 1275. — **Arkovy** (J.) Téli betegségek a stomatologikus gyakorlatoan. [Winter diseases in stomatological practice.] Orvosi hetil., Budapest, 1897, xli, 67 ; 80 ; 93. — **Armstrong** (De L. B.) Dental jurisprudence. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 102-106. — **Arnold** (O.) The employment of dentists in the United States army. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 211-213. — *Idem*: Items Interest, N. Y., 1897, xix, 181. — **Baird** (D.) Silver nitrate. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 93-95. — **Ballantyne** (J. W.) Dientes congenitos : tres casos clinicos. Correo Internac. Odont., Madrid, 1896-7, 313-315. — **Bartha** (G.) Tumor in bucca ; exstirpatio ; plastica. Orvosi hetil., Budapest, 1897, xli, 95. — **Beadles** (E. P.) The lingual wall. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 456. — **Benton** (E. A.) Congenital teeth. J. Am. M. Ass., Chicago, 1897, xxviii, 493. — **Bethel** (L. P.) Treatment of root canals. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 449-455. — **Black** (G. V.) Recent improvements in filling teeth. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 77-79. — **Boniquet** (J. Reimplantación de un diente en circustancias desfavorables. Rev. méd. rural, Blanes (Gerona), 1897, ii, 1-6. — **Brophy** (T. W.) Early operations for the closure of cleft palate. Ann. Otol., Rhinol. et Laryngol., St. Louis, 1897, vi, 39-42. — **Brown** (Seneca Buel.) [1834-1897.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 265. — **Bryant** (E. A.) Combination gold plate with continuous-gum attachments, and porcelain removable bridges. *Ibid* : 215-219. **Bull** (W. T.) **and J. B. Walker**. A successful case of external œsophagomoty for tooth plate twenty-two months impacted in the œsophagus, with summary of one hundred and sixty-seven operations recorded up to January, 1897. Med. Rec., N. Y., 1897, li, 330-334. — **Burchard** (H. H.) The prosthesis of crowns. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 219-227. — The dentist and dental literature. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 91-95. — **Campbell** (A. M.) A case of noma. Med. Rec., N. Y., 1897, li, 419-421. — **Cheney** (G. F.) Sensitive dentine. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 99-111. — 75. — **Clement** (R. H.) Ranula. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v. 100. — **Compard** (C.) Cooperacion al estudio de los tumores de las amigdalas. Siglo méd. Madrid, 1897, xliv, 84. — **Coulliaux** (L.) Anatomie, Physiologie, Pathologie der Zahnpulpa (des Menschen). Cor.-Bl. f. Zahnärtez, Berl., 1897, xxvi, 23-37. — **Cunningham** (G.) Some experiments in bridgework, with illustrations from practice, and an introduction on its engineering aspect. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 76-91, 4 pl. — **Curtis** (G. L.) Tumors resulting from septic pulps of teeth. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 183-186. — **Custer** (H. J.) Dental operations during pregnancy. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 133-141. — **Daniel** (M. E.) Permanent closure of the jaw. Chicago M. Times, 1896, xxix, 447-453. — **Dessau** (S. H.) Children's teeth as indicators of disturbed nutrition. Dental Cosmos. Phila., 1897, xxxix, 1896-202. — **Dorsey** (G. A.) A Peruvian cranium with suppressed upper lateral incisors. *Ibid* : 213-215. — **Dzierzawski** (B.) Frenula laborium lateralia, ein Beitrag zur Anatomie der Mundhöhle und zur Pathogenese der Verschwärung der Mundhöhlenschleimhaut. Arch. f. path. Anat. [etc.], Berl., 1897, cxlvii, 562-569. — **Eggers** (H. D.) Extraction of teeth. Louisville M. Month., 1897-8, iv, 10-12. — **Flickinger** (A.) Removable porcelain crown and bridge work. Items

of Interest, N. Y., 1897, xix, 173-177. — **Gasperini** (G.) Nuove ricerche sull'actinomicosi sperimentale. Ann. d'ig. sper., Roma, 1896, n. s., vi, 475-482. — **Gould** (A.P.) Methods of preventing deformity after removal of portions of the mandible. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 61-67. — **Gramm** (C. T.) A studi of alveolar pyorrhea : its associated lesions and its analogies, with a plea for radical treatment. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 81, 161. — **Hallett** (T. L.) Severe case of hæmorrhage Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 48. — **Hanna** (G. E.) Why do so many amalgam fillings fail ? *Ibid*: 96. — **Hare** (H. A.) The vasomotor influence of chloroform and its relation to chloroform accidents. Med. News, N. Y., 1897, lxx, 311-313. — **Havey** (H. T.) Discolored structure of devitalized teeth ; causes, method of treatment and agents employed. Dental Reg. Cincin., 1897, li, 20-32. — **Haskell** (L. P.) Some established principles in prothetic dentistry. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 121-125. — **Herbst** (E.) Füllungen mit Submarinegold. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 56-61. — **Hersh** (W. H.) Some reasons why we fail with cataphoresis. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 66-71. [Discussion], 108-129. - **Hollingsworth** (M. W.) Practical cataphoresis. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 202-211. — **Hovestadt** (J. F.) A time-saving crowning system. Items of Interest, N. Y., 1897, xix, 178-180. — **Hutchinson** (J.) Arrest in the development of the lower jaw. Arch. Surg., Lond., 1897, viii, 84. — **Johnson** (E. R.) The correction of deformities among singers and public speakers. Items of Interest, N. Y., 1897, xix, 194-198. — **Jones** (P. M.) Application of the X ray in dental surgery. Pacific Stomatol. Gaz. San Fran., 1897, v, 97 100. - **Jung** (C.) **und A Müller**. in Versuche über das Vulcanisiren des Kautschuks. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 1-10. — **Knowles** (V.) A simple method of crowning. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 96-99. — **Kyle** (J. J.) Empyema of the antrum. Indiana M. J., Indianap., 1896-7, xv, 351-353. — **Langhoff** (B.) [Acute osteomyelitis in the upper jaw.] Hosp. Tid., Kjobenh., 1896, 4, R., iv, 1158-1162. — **Leszynsky** (W. M.) The treatment of trigeminal neuralgia. Med. Rec., N. Y., 1897, li, 439-442. — **Lofton** (L.) A chancre of the tongue. N. York M. J., 1897, lxv, 219. — **Lucas** (R. C.) A question for anæsthetists Lancet, Lond., 1897, i, 768. —**McCormack** (*Sir* W.) Epithelioma of the tongue. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 65. — **McCullough** (J. W. S.) Secondary hemorrhage subsequent to tonsillotomy. Med. Rec., N. Y , 1897, li, 421. — **McKenzie** (J. J.) Fermentation in the mouth cavity and its bearing on dental caries. Dominion Dent. J., Toronton, 1897, ix, 81-86. — **McMillen** (D. J.) Non-cohesive gold, its merits and manipulations. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 85-91 ; 166-172. — **Maggs** (W. A.) Periosteal suppuration of two years' duration due to the buried roots of a tooth. Guy's Hosp. Gaz., Lond., 1897, xi 128. — Severe eadache, following the filling of wisdom teeth, due to abscess of external ear. *Ibid* : 129. — Incomplete eruption of a lower wisdom tooth in a lady aged 72. *Ibid* : 129.

(*A suivre.*)



# CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

A propos de la discussion sur l'extraction à l'aide de la clef de Garangeot[1], permettez-moi d'objecter ceci :

Toutes les fois qu'il s'agit d'extraire une grosse molaire du bas dont la carie s'étend profondément au-dessous du collet (côté jugal) et que la molaire pouvant servir de point d'appui à la langue de carpe, manque, la clef de Garangeot est absolument indispensable ; je ne vois pas quel autre instrument pourrait être employé dans ce cas. Le davier n'est pas utilisable, étant donné que nous n'avons qu'un seul point d'appui. Le pied de biche et la langue de carpe ne peuvent pas être employés dans ce cas : le premier à cause de la carie du côté sur lequel nous devons agir, et le second par suite de l'absence de la dent voisine antérieure. On exagère un peu le danger que présente la clef de Garangeot. J'ai vu casser un maxillaire avec un *excellent davier* anglais. Si l'on va brusquement, avec violence, à l'américaine, les accidents sont à redouter avec tout instrument.

Il est évident que la clef de Garangeot a vécu, et doit la plupart du temps s'effacer devant nos daviers. Mais j'estime que dans quelques cas, comme celui que je viens de mentionner, la clef de Garangeot nous est précieuse, et qu'on ferait bien d'enseigner méthodiquement son emploi aux élèves de notre Ecole.

Agréez, etc.

G Hirschberg.



# VARIA

## UNE ERREUR JUDICIAIRE.

(*Drame en cinq sec.*)

I

Minuit, tempête, ciel d'encre ; au loin, un duo de sergents de ville s'éloigne et, les mains derrière le dos, disparaît.

Craintive, à pas pressés, une femme se hâte ; tout à coup elle pousse un cri d'épouvante à la vue d'un homme surgissant de l'ombre, une hache à la main. L'acier brille, la malheureuse roule sur le pavé, le crâne ouvert.

---

1. Voir compte rendu de la Société d'Odontologie, n° du 15 juillet, p. 26.

II

L'assassin — car c'est un assassin — essuie proprement son arme sur la doublure en satin de sa redingote, et murmure avec un cynisme et un accent gascon également blâmables : « Et de troisse, coquin de bon sort ! » Puis, tirant un davier de sa poche, il arrache à sa victime les vingt-quatre dents qu'elle possède encore.

III

La police est sur les dents, elle aussi. C'est la dixième victime que les gardiens de la paix ramassent depuis le commencement de la semaine : le coupable reste introuvable. Tout à coup, la figure de l'agent Fauvette s'illumine : « Quelle idée ! » — Tragique, il se précipite chez un dentiste en vogue, et lui montrant, d'un geste impérieux, un tas de râteliers épars sur une table :

— D'où viennent toutes ces fausses dents ?

— Mais, balbutie le malheureux, elles sont vraies.

— Je m'en doutais ; suivez-moi, misérable !

— Pourquoi ? Qu'ai-je fait ?

— Vous vous expliquerez plus tard.

IV

Le dentiste passe en cour d'assises. Malgré ses protestations d'innocence, il est déclaré coupable, à l'unanimité. Il meurt, peu après, place de la Roquette, d'une ablation de la tête.

V

Le lendemain de l'exécution, le véritable assassin se livre à la police. Interrogé sur le motif qui l'avait poussé à commettre ces multiples extractions dentaires aggravées de meurtres, il répond froidement : « C'était pour marquer au loto ».

Les médecins légistes le déclarent irresponsable ; on l'acquitte.

VILLY.

(*Echo de Paris.*)






La *Société dentaire de Chicago* et la *Société odontographique de Chicago* ont pris séparément dans leurs réunions de mai dernier l'importante décision suivante :

Attendu que les collèges dentaires et les Conseils dentaires d'Etat des Etats-Unis se sont vu reprocher par les Sociétés dentaires d'Europe des méthodes qui non seulement sont dégradantes pour la dentisterie américaine, mais qui constituent une injure véritable pour la population

américaine, et sont surtout humiliantes pour les dentistes américains habiles exerçant à l'étranger;

Attendu qu'il est vrai que des étrangers qui ne parlent ni ne comprennent l'anglais et qui bien souvent ne possèdent que des connaissances limitées en dentisterie ou même n'en possèdent pas du tout ont été admis dans les premières classes de ces collèges et en ont obtenu le diplome;

Attendu que les dits Conseils d'Etat ont fait également subir des examens à ces candidats au moyen d'interprètes et qu'après avoir reçu leur diplôme ces étrangers sont retournés en Europe, où ils se sont présentés comme dentistes américains;

La Société dentaire et la Société odontographique de Chicago décident que les candidats à l'admission dans leurs collèges subiront leur examen en anglais, et que les Conseils dentaires d'Etat leur feront également subir leurs examens en anglais.

---

La Société dentaire de Chicago a composé son bureau ainsi qu'il suit pour 1897-98 :

Président, A. H. PECK;

1er vice-président, D. M. GALLIE; 2e vice-président, G. T. CARPENTER;

Secrétaire rapporteur, E. MA WHINNEY; Secrétaire adjoint, GEO. B. PERRY;

Trésorier, E. D. SWAIN.

Censeurs, D. MC. CATTELL, A W. M. CANDLESS, J. J. WHALEY.

---

M. le Dr P. Gires (de Paris) est chargé d'une mission aux Etats-Unis, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des écoles dentaires.

---

# BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

## CONSEIL DE DIRECTION.

*Réunion du 20 février 1897.*

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, Choquet, d'Argent, Legret, Lemerle, de Marion, Papot, Prével, Viau.

*M. Choquet* donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

*M. Chauvin* se fait excuser de ne pouvoir assister à la réunion.

*M. Godon* donne lecture d'une lettre par laquelle *M. Stévenin* fait connaître qu'il a été victime d'un accident l'empêchant d'assister à la séance, et devant le retenir chez lui assez longtemps, et demande un congé jusqu'à son rétablissement.

Le Conseil envoie à M. Stévenin l'expression de ses regrets pour l'accident qui lui est survenu, et lui accorde le congé qu'il sollicite.

*M. Godon* donne également lecture d'une lettre du Ministère du Commerce lui demandant de faire participer l'Ecole à l'Exposition de Bruxelles (classe 191).

Cette lettre est renvoyée au bureau, qui examinera s'il y a lieu de figurer dans la dite classe.

*M. Godon* dépose sur le bureau la copie d'un avis affiché depuis la dernière séance, et un exemplaire du rapport de MM. Chauvin et Martinier, qui a été autographié et adressé aux membres du Conseil.

L'ordre du jour appelle la décision à prendre au sujet de la question du local.

*M. Lemerle* présente, en son nom personnel, un rapport concluant: 1° au choix de la rive gauche ; 2° à l'édification d'un bâtiment spécial ; 3° à un séjour d'un an de plus rue Rochechouart. Il soumet un plan et l'accompagne des explications nécessaires.

Une discussion s'engage ; MM. Godon, Viau, de Marion, Bonnard et Lemerle y prennent part.

Sur la proposition de *M. Godon*, le Conseil décide de persister dans le projet d'achat d'un terrain rue Mansart, avec la construction qui s'y trouve, mais qu'il y a lieu de modifier.

Le Conseil décide ensuite, sur la proposition de *M. Godon* également, qu'au cas où il ne trouverait pas une propriété avec maison et jardin, il édifiera sur un terrain.

La séance est levée à 11 heures.

*Réunion du 16 mars 1897.*

Présidence de M. Godon, président, puis de M. Viau, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. 20.

Sont présents: MM. Bioux, Bonnard, Legret, Lemerle, Löwenthal, de Marion, Martinier, Monnet, Papot, Prest et Richard-Chauvin.

*M. Martinier* donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté sans observation, ainsi que d'une lettre de M. F. Jean, relative au cours de M. Friteau.

Sur une observation qu'il présente et après remarques de *MM. Godon* et *Chauvin*, la fixation du jour où M. Friteau fera son cours sur les maladies non dentaires de la bouche est renvoyée à la décision de la Commission d'enseignement.

*M. Godon* donne lecture d'une lettre circulaire de la Préfecture de la Seine, relative à diverses obligations à remplir par la Société en tant que subventionnée par la Ville de Paris, puis d'une lettre de la même provenance annonçant l'allocation d'une subvention de 500 francs à la Société de l'Ecole et du Dispensaire, par le Conseil général.

Il communique une lettre de M. A. R..., demandant un poste de démonstrateur.

Après observation de *M. Bonnard*, il est décidé qu'on informera le pétitionnaire que le règlement exige un concours, et sa demande est renvoyée à la commission d'enseignement.

*M. Godon* communique ensuite une lettre de M. M..., demandant sa mise en disponibilité comme préparateur.

Diverses observations sont présentées à cet égard par MM. *Bonnard*, *Martinier* et *Godon*, à la suite desquelles le postulant est rayé du rôle des préparateurs et désigné pour le vendredi comme démonstrateur.

*M. Godon* communique également une lettre du Ministère du Commerce relative à l'Exposition de Bruxelles.

Il communique en outre une lettre par laquelle M. Bouzique demande à être nommé aide-préparateur du cours de thérapeutique (cours du Dr Monnet).

Cette nomination est prononcée.

Il signale et dépose sur le bureau une brochure du Dr Claude Martin, de Lyon, intitulée : « Réflexions sur l'organisation de l'enseignement

dentaire en France », à laquelle il est répondu dans le journal.

Il rend compte de mesures disciplinaires prononcées contre des élèves : 2 jours d'exclusion contre les élèves L..., C... et D... ; la punition de ce dernier a été changée en un blâme.

*M. Bonnard* fait connaître que la Bibliothèque a reçu deux exemplaires du Manuel du Chirurgien-Dentiste, clinique dentaire et dentisterie opératoire, par M. Ch. Godon, et remercie l'auteur.

*M. Godon* donne lecture de la liste des démonstrations pratiques de de dentisterie opératoire et des leçons cliniques faites à l'Ecole.

Le rapport dont M. Loup avait été chargé par le précédent Conseil sur les perfectionnements à apporter à la clinique est renvoyé à la Commission d'enseignement, ainsi que la proposition de M. Bonnard.

*M. Godon* communique la liste des présences et des absences du corps enseignant, ainsi que la statistique des opérations faites en février.

Il fait part d'une plainte déposée par M. X..., de Genève, contre un dentiste de cette ville se servant du titre de diplômé de l'Ecole dentaire.

Cette plainte est renvoyée au Conseil de famille.

Sur la demande de *M. Papot*, MM. Raffy et Rosenfeld sont admis en 3e année, MM. les Drs Valenzuela, Damians, Belanger et Prost à titre étranger ; M. Gonzalès comme étudiant libre.

Diverses observations sont présentées à cet égard par MM. Godon, de Marion et Lemerle.

M. Fortier (de Paris) est admis membre de la Société.

*M. Godon* dépose une réclamation de M. Trallero, de Barcelone.

*M. Richard-Chauvin* donne lecture, au nom de la Commission d'enseignement, d'un rapport sur la proposition qu'il a faite à la séance précédente, de concert avec M. Martinier, rapport apportant des modifications au projet autographié, et consistant notamment dans la création d'une année d'*internat* ou 4e année.

Une discussion s'engage sur cette question.

*M. Lemerle* demande la suppression du diplôme de l'Ecole au bout des trois ans, et son remplacement par un certificat d'études. Un diplôme de technique dentaire serait délivré après la quatrième année.

Diverses observations sont présentées par MM. Bonnard, Martinier, Viau, Lemerle, Godon, Monnet, Papot.

La discussion générale est close. Le passage à la discussion des articles est mis aux voix et prononcé.

*M. Richard-Chauvin* donne lecture de l'art. 1er.

Des observations au sujet des termes *internat* et *interne* sont formulées par *MM. Martinier*, qui préfère le mot opérateur de l'Ecole, et *Bonnard* qui défend le projet.

*M. Monnet* fait remarquer que les titres ne valent que par la valeur qu'on leur attribue ; or le mot interne éveille dans l'esprit une idée de supériorité, tandis que le mot opérateur donne l'idée d'un simple mécanicien.

D'autres observations sont présentées par MM. Viau, Godon, Bonnard, Richard-Chauvin, Monnet, Lemerle et Löwenthal.

Sur la proposition de *M. Martinier*, il est décidé de réserver les termes *internat* et *interne* de l'art. 1er, de mettre aux voix cet article, et de passer à l'art. 2.

L'art. 1er est adopté sous cette réserve.

*M. Richard-Chauvin* donne lecture de l'art. 2 spécifiant que 10 places d'interne sont réservées à des élèves de 3e année.

Des observations sont présentées par MM. Monnet, Richard-Chauvin et Bonnard.

L'art. 2 est adopté.

*M. Richard-Chauvin* lit l'art. 3 portant que l'enseignement de la 4e année est confié à 2 professeurs.

L'art. est adopté après modification.

*M. Richard-Chauvin* lit l'art. 4. — Adopté.

Il lit ensuite l'art. 5. — Réservé après observations de MM. Lemerle et Papot.

Il lit l'art. 6 portant que les 2 professeurs seront nommés au concours.

Sur une observation de *M. Martinier*, il est décidé qu'il n'y aura pas de concours et que cette nomination sera faite au choix par le Conseil. L'art. ainsi modifié est adopté.

*M. Bonnard* lit l'art. 7 spécifiant un concours pour l'admission dans la 4e année. — Adopté.

Il lit l'art. 8 qui, sur l'avis de *M. Godon*, est modifié ainsi : « La Commission présentera un programme, etc. », et adopté.

*M. Bonnard* lit l'article suivant relatif au recrutement des élèves. Après observations de MM. Godon et Monnet, cet article est adopté avec une modification spécifiant que les élèves de la 4e année se recruteront parmi les élèves des écoles dentaires reconnues en France, et les docteurs en médecine.

*M. Viau* propose la qualification de *breveté du cours supérieur de l'Ecole dentaire*.

Sur la demande expresse de *M. Richard-Chauvin*, il est décidé qu'on sera admis en 4e année par voie de concours.

La qualification d'*interne*, mise aux voix, est repoussée.

Il est décidé, sur la proposition de *M. Martinier*, que le rapport sera examiné à nouveau par la Commission d'enseignement, puis par le Conseil du corps enseignant, enfin par le Conseil de direction.

M. Viau remplace M. Godon au fauteuil.

Sur la proposition formulée par *M. Papot* au nom de la Commission d'enseignement, M. Poinsot est nommé professeur honoraire.

Sur une nouvelle proposition de *M. Papot* au nom de cette commission, il est décidé qu'un concours sera ouvert pour 2 postes de professeurs suppléants de clinique et de prothèse.

Sur la demande de *M. Godon*, la Commission d'enseignement est chargée d'étudier un projet de règlement à cet égard.

Dépôt sur le bureau d'une plainte de l'élève W... ;

Dépôt des avis apposés à l'Ecole ;

Dépôt d'une demande de participation au 7e concours de tir des écoles supérieures ;

Dépôt des circulaires des Drs G. Petit et Bérillon.

La séance est levée à minuit un quart.

*Le Secrétaire général,*
P. MARTINIER.

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

(QUESTIONS ET RÉPONSES)

? *N° 38. — Un dentiste patenté peut-il mettre sur son enseigne en lettres dorées: Un tel,* EX-OPÉRATEUR EN CHIRURGIE DU CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE FRANCE ?

UN ÉTONNÉ.

---

? *N° 39. — D'après la loi de 1892, un médecin-dentiste ou un chirurgien-dentiste diplômé de Faculté ou un dentiste patenté peuvent-ils s'adjoindre pour se faire seconder et même remplacer, au besoin, un opérateur n'ayant ni diplôme ni patente ?*

UN ABONNÉ.

---

# DERNIÈRE HEURE

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. le Dr E. Lecaudey s'est rendu acquéreur de la collection bien connue de A. Préterre, et qu'il vient de l'offrir à l'Ecole dentaire de Paris. On se souvient que cette collection, qui comprend de remarquables pièces de restaurations buccales et faciales, redressements, instruments, etc., a figuré dans plusieurs de nos Expositions universelles.

M. le Dr Lecaudey a très généreusement enrichi ainsi une fois de plus l'intéressant musée de l'Ecole dentaire d'une collection unique. Nous sommes heureux de lui adresser de publics remercîments.

---

Le concours pour 2 postes de professeurs suppléants de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, annoncé primitivement pour le dimanche 12 septembre courant, est ajourné au dimanche 19.

---

Rappelons à ce propos que les autres concours sont fixés ainsi qu'il suit :

3 octobre. — 3 places de chef de clinique.
10 — 1 place de chef de laboratoire de bactériologie.
— — 1 place de chef d'histologie dentaire.
17 — 3 places de démonstrateurs de dentisterie opératoire.
— — 3 places de démonstrateurs de prothèse.

17e ANNÉE. N° 12. 30 SEPTEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

## Travaux Originaux

Nous avons la bonne fortune de publier ci-après un chapitre du Ve volume du *Manuel du Chirurgien-Dentiste*, « CLINIQUE DE PROTHÈSE », actuellement sous presse. Nos lecteurs nous en sauront d'autant plus de gré que ce remarquable travail est dû à notre ami Martinier, le distingué professeur de prothèse de l'Ecole dentaire de Paris.

N. D. L. R.

# PRISE DE L'EMPREINTE

Par M. P. MARTINIER,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

DÉFINITIONS. — La prise de l'empreinte est une opération qui a pour but de *mouler* les parties sur lesquelles doit reposer l'appareil, ainsi que les parties voisines.

*Mouler*, c'est obtenir un creux donnant les reliefs d'un modèle et y couler ensuite une substance susceptible, après durcissement, de reproduire exactement ce modèle.

Un creux *n'est pas de dépouille* lorsque certaines parties de la substance introduite n'en sortent que difficilement. Le praticien, au moment de la prise de l'empreinte, doit donc *raisonner son moulage* afin d'employer les substances et les procédés les mieux appropriés.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — La prise de l'empreinte constitue l'opération la plus importante de la prothèse clinique.

De l'exactitude de l'empreinte résulte l'adaptation de la pièce dans la bouche, adaptation qui, si elle est parfaite, permet à l'appareil de rendre les services précieux qu'on lui demande ; tandis qu'au contraire une empreinte inexacte, ayant pour conséquence une mauvaise adaptation, met le patient dans l'impossibilité de s'en servir utilement.

Il est donc indispensable d'attacher à cette opération beaucoup de soin et de patience, de faire un choix judicieux du porte-empreinte, selon les dimensions des arcades dentaires et de la substance indiquée par l'examen de la bouche.

Toute empreinte dont la netteté n'est pas absolue doit être impitoyablement rejetée, et l'on ne doit pas hésiter à prendre l'em-

preinte autant de fois que les difficultés l'exigent, jusqu'à complète réussite. Toute l'habileté que les praticiens peuvent apporter au service d'une longue pratique ne les mettra pas à l'abri des insuccès, et les cas les plus simples ne devront pas les autoriser à négliger certaines précautions pour arriver à un résultat satisfaisant. Les retouches faites sur les modèles provenant d'empreintes défectueuses ne sont le plus souvent que des rectifications erronées, et en tous cas sans bases précises.

L'étude de cette opération peut être divisée en trois classes dans lesquelles sont compris tous les cas : les *empreintes simples*, qui envisagent les bouches étant de dépouille et n'exigeant pas de moyens spéciaux de moulage ; les *empreintes composées*, qui s'appliquent aux bouches dont le moulage offre des difficultés assez grandes pour nécessiter l'emploi de procédés particuliers ; enfin les *empreintes partielles spéciales*, c'est-à-dire les empreintes trouvant leur indication pour la réparation des appareils.

Il convient de laisser de côté, pour le moment, les cas spéciaux comme la restauration de la voûte palatine et du voile du palais, les restaurations médiates des maxillaires, les fractures des mâchoires, etc., pour lesquels la prise de l'empreinte est indiquée dans chaque chapitre qui leur est réservé.

Règles générales. — Quelle que soit la substance employée, il est bon de fixer les règles applicables à la prise de l'empreinte.

Elles ont trait :

1° Aux recommandations que l'on doit faire aux patients ;

2° A la préparation du porte-empreinte ;

3° Enfin à la position du patient et de l'opérateur au moment de l'opération.

**Recommandations à faire aux patients.** — L'ouverture de la bouche, qui doit être aussi large qu'il est possible pendant l'introduction du porte-empreinte, n'est pas toujours facile à obtenir.

Souvent le patient l'ouvre consciencieusement, mais, au moment de l'introduction de l'empreinte, il contracte les lèvres, ce qui diminue considérablement l'orifice buccal, ou bien il serre involontairement les mâchoires. Il est donc bon de procéder à un ou plusieurs essais sur le patient et de lui expliquer qu'il doit se prêter à l'opération, sans faire aucun mouvement, pour aider l'opérateur, et qu'il doit se laisser guider passivement ; il faut insister aussi sur l'inconvénient qui provient de l'erreur que commet le patient en se figurant qu'il doit mordre dans la substance, ce qui fausse généralement le résultat et oblige le praticien à recommencer.

La tête doit être mobile et se laisser aller à toute impulsion donnée par le bras gauche, qui la maintient.

Quand on emploie les substances plastiques, il est très utile de faire rincer la bouche avant la prise de l'empreinte *avec de l'eau tiède* ; cette précaution permet une tolérance plus grande et diminue la sensation de chaleur, souvent désagréable. C'est le contraire pour le plâtre, qui produit une sensation de froid, surtout lorsqu'il y a

des dents qui y sont sensibles ; on emploie dans ce cas l'*eau froide*, qui permet de mieux tolérer le contact du plâtre par l'accoutumance. En cas de dents très sensibles au froid on peut préparer le plâtre avec de l'eau tiède.

**Préparation du porte-empreinte.** — *A. Substances plastiques.* — Pour les substances plastiques la préparation est simple : on se contente de chauffer légèrement le porte-empreinte pour augmenter l'adhérence de la substance et empêcher qu'elle ne se détache à la sortie, accident qui aurait pour effet d'annuler l'opération. Puis la hauteur de la cuvette est augmentée, s'il est besoin, en y adaptant une épaisseur de cire ou de gutta correspondant à peu près à la profondeur de la voûte palatine.

La cire ou le godiva une fois ramollis, on les triture et on leur donne la forme d'un boudin, qu'on introduit dans le pourtour du porte-empreinte en l'étalant ensuite sur la cuvette, si c'est pour une empreinte du haut. Toutes les parties doivent être aplanies et lissées ; puis on repasse très légèrement la surface de la substance sur la flamme, afin de la rendre un peu plus molle que la masse. Il faut se garder de mettre une quantité trop grande de la matière à empreinte, car elle déborderait à la partie postérieure et nuirait à la tolérance ; à ce point de vue il vaut mieux se tromper en moins qu'en trop, parce que si l'excès de substance nécessite également la répétition de l'opération, celle-ci est dans ce cas moins bien tolérée, l'excès ayant pu occasionner des nausées ou de la toux.

Quand le porte-empreinte a été préparé à l'aide de cire au moyen de l'empreinte provisoire prise soit dans la bouche, soit sur un modèle, on procède de la même manière en pressant le boudin dans le pourtour du porte-empreinte et en étalant la substance, mais il faut se rappeler que la quantité de substance nécessaire est beaucoup moindre. Si l'on emploie le godiva, on peut huiler très légèrement la surface de la substance qui doit entrer en contact avec les parties à mouler, ce qui, dans une certaine mesure, empêche l'adhérence aux dents.

*Plâtre.* — Plusieurs procédés sont employés.

On peut, pour rendre le plâtre plus adhérent au porte-empreinte, garnir celui-ci de coton. A cet effet, on étend au pinceau une couche de vernis dans le porte-empreinte, et on tamponne ensuite le vernis à l'aide de coton roulé en boule. Les fibres de coton qui adhèrent au vernis se trouvent engagées dans le plâtre et le retiennent lors de la sortie du porte-empreinte.

Un autre moyen, très usité, consiste à étendre sur toute la surface du porte-empreinte une légère couche de cire. Après refroidissement de la cire, à l'aide d'une spatule on strie la surface pour augmenter l'adhérence du plâtre à la cire.

Le porte-empreinte garni de cire ou de vernis doit être bordé d'un liseré de cire à son bord postérieur ; cette bordure est destinée à s'opposer à l'échappement du plâtre de ce côté et à sa chute dans la gorge. Pour fixer la hauteur de cette bordure, le meilleur moyen est de procéder ainsi : le porte-empreinte chauffé, on fixe

un petit bourrelet de cire très molle à sa partie postérieure et on essaie le porte-empreinte dans la bouche, en ne faisant porter que la partie postérieure où l'on a placé la cire. La pression légère exercée sur la bordure la moule exactement sur les parties qu'elle doit recouvrir et détermine strictement la hauteur ; on n'a plus alors qu'à enlever l'excès de cire. Enfin le porte-empreinte peut également être préparé à l'aide d'une empreinte prise soit dans la bouche, soit sur un modèle tiré d'une empreinte provisoire. Une épaisseur de cire égale partout ayant été enlevée et les dépressions élargies, on n'a qu'à couler dans ce porte-empreinte de forme exacte une très petite quantité de plâtre qui sera retenu et soutenu par la cire, laquelle doit, au préalable, avoir été striée.

Il faut se rappeler que le plâtre gâché doit avoir la consistance de la crème légère. S'il était trop clair, il coulerait dans la bouche, glisserait sur la langue et pourrait s'engager dans le larynx, d'où accès de toux plus ou moins violente et menace d'asphyxie. Il ne faut pas cependant qu'il soit trop épais, car son principal avantage de mouler les parties extra-molles dans leur forme absolue serait perdu et il pourrait les déprimer aux dépens de leur netteté.

**Position du patient et de l'opérateur au moment de l'introduction du porte-empreinte.** — Comme pour toutes les opérations ayant trait à la chirurgie et à la prothèse dentaire, il convient d'assurer au patient, ainsi qu'à l'opérateur, la position la moins fatigante pour le premier et qui permette au second de pratiquer l'opération dans les conditions de facilité et de sécurité les plus parfaites possible.

De même que pour le patient, la position de l'opérateur varie suivant qu'il a à prendre une empreinte de la mâchoire supérieure ou une empreinte de la mâchoire inférieure.

MACHOIRE SUPÉRIEURE. — Le *patient* doit être assis sur le fauteuil, le buste droit et d'aplomb, la tête maintenue par la têtière et renversée en arrière. Le fauteuil sera élevé selon la taille de l'opérateur et de façon que celui-ci domine son malade pendant l'opération, sans cependant être penché outre mesure. L'*opérateur* se tiendra à droite et derrière le fauteuil, de façon à embrasser à l'aide du bras gauche la tête du patient, qu'il maintiendra, et à avoir le bras droit absolument libre pour introduire le porte empreinte dans la bouche.

MACHOIRE INFÉRIEURE. — La position du *patient* sur le fauteuil est modifiée ; le buste reste maintenu droit, mais la tête est placée dans la position normale. La têtière est donc fixée de telle sorte qu'elle puisse maintenir solidement la tête bien droite. Le fauteuil est baissé aussi bas qu'il est possible. L'*opérateur*, au lieu de se tenir en arrière du fauteuil, doit se placer en avant et à droite, de façon à bien dominer le patient et à être en mesure de vérifier exactement la position occupée par le porte-empreinte après son introduction, avant d'exercer le mouvement de pression.

**Opération de la prise de l'empreinte.** — **Empreintes simples.** — Cette opération peut être décomposée en cinq temps :

1° Introduction et mise en place du porte-empreinte dans la bouche ;

2° Pression à exercer (enfoncement) ;

3° Durcissement ;

4° Séparation de l'empreinte ;

5° Sortie du porte-empreinte et de l'empreinte.

**1° Introduction dans la bouche.** — a. *Substances plastiques.* — Qu'il s'agisse du haut ou du bas, le bord droit du porte-empreinte est d'abord introduit en biais dans un mouvement demi-circulaire, en repoussant en dehors la commissure labiale droite, tandis qu'avec l'index gauche on écarte la commissure gauche jusqu'à complète introduction de l'instrument.

On doit éviter toute brusquerie en tirant sur la commissure des lèvres, pour ne pas causer une déchirure, toujours longue à guérir. Puis le porte-empreinte est porté franchement dans le fond de la bouche. Il est mis en place, c'est-à-dire placé exactement en face des parties à mouler. Le manche du porte-empreinte placé exactement au centre est une indication utilisable pour placer le porte-empreinte ; de même, le bord externe doit franchement déborder les parties à mouler et laisser entre elles et lui un espace de quelques millimètres. Avant d'enfoncer le porte-empreinte, il est nécessaire de relever la lèvre et de la faire passer par dessus l'appareil pour que son contact ne déprime pas la substance.

Avant l'introduction dans la bouche, on devra toujours s'assurer du degré de chaleur de la substance employée, ainsi que de celui du porte-empreinte, afin d'éviter la brûlure de la muqueuse.

b. *Plâtre.* — Pour l'emploi du plâtre, on procède exactement de la même manière ; on tient seulement compte de l'état du plâtre, qui doit être un peu plus épais pour les empreintes du bas, afin d'éviter qu'il ne coule dans la bouche lorsqu'on retourne le porte-empreinte pour l'introduire.

Quelle que soit la substance employée, pour la prise des empreintes chez les hommes dont la moustache est forte, il faut dégager celle-ci, au moment de l'introduction dans la bouche du porte-empreinte chargé ; au besoin se servir d'un instrument spécial dit « relève-moustache ».

**2° Pression à exercer sur le porte-empreinte. Enfoncement.** — a. *Substances plastiques.* — Avec ces substances il faut imprimer un mouvement régulier, *perpendiculaire*, à la surface à mouler ou à l'axe des dents, afin qu'il ne se produise pas de glissement dans un sens quelconque. Le premier mouvement de pression imprimé, on peut faire un léger temps d'arrêt, afin de permettre aux parties molles comprimées de reprendre leur forme ; on continue ensuite le mouvement de pression jusqu'à ce que toute la partie à mouler ait disparu sous la substance. Toutefois, il est bon de ne pas enfoncer complètement le porte-empreinte ; les tubercules des molaires ou le bord libre des dents antérieures viendraient alors toucher le fond du porte-empreinte, ce qui nuirait à leur reproduction fidèle.

Le porte-empreinte, porté au début du mouvement de pression à l'aide du manche tenu de la main droite, est ensuite appuyé des deux côtés à la fois à l'aide des doigts de chaque main posés sur le fond du pourtour à peu près à un point correspondant aux prémolaires. Pour les empreintes du bas on opère de même, et le point d'appui pour enfoncer définitivement est assuré par le soutien qu'offre aux pouces le bord inférieur de la mâchoire.

Le porte-empreinte convenablement enfoncé, il faut, avec l'index, comprimer contre les gencives la substance excédant le bord externe.

Pour cela il y a deux procédés :

Le premier consiste à introduire le doigt dans la bouche et à exercer la pression directement sur l'excès de substance. Dans le second, la pression s'exerce sur la joue et les lèvres en suivant le bord alvéolaire. Ce dernier procédé est le meilleur et le plus pratique.

Dans chaque procédé la pression exercée avec le doigt ne doit pas être plus forte que celle exercée par l'autre main, car dans ce cas elle entraînerait le refoulement de la substance vers le centre et déformerait l'empreinte.

La cire nécessite une pression énergique; avec la gutta la pression doit être plus douce et plus lente ; enfin le godiva exige une pression un peu plus forte.

b. *Plâtre.* — La pression à exercer dans le cas de l'emploi du plâtre est un peu différente.

Tout d'abord, on doit *faire porter le bord postérieur* du porte-empreinte sur les parties à mouler; puis, en pivotant sur ce point, on relève graduellement la partie antérieure. On fait ensuite ou en même temps redresser la tête du patient. En procédant de la sorte le plâtre arrive progressivement d'arrière en avant au contact de la muqueuse, et, s'il y a excès, il est chassé en avant, ainsi que l'air. Ce procédé évite donc la chute du plâtre dans la gorge et les bulles d'air qu'on pourrait avoir vers le sommet de la voûte palatine, surtout quand celle-ci est très creuse.

Dans ce dernier cas, on peut utilement porter à l'aide d'une spatule un peu de plâtre dans les creux exagérés de la voûte à l'instant précédant immédiatement l'introduction du porte-empreinte.

La pression est exercée jusqu'à ce que le porte-empreinte recouvre toutes les parties à mouler; elle doit être plus douce que pour les substances plastiques.

On agit pour tout le reste de l'opération de la même manière que pour les substances plastiques et en se soumettant aux mêmes règles.

Le plâtre n'exige qu'une pression très faible.

3° **Durcissement de la substance.** — Le temps nécessaire au durcissement de la substance employée varie selon la nature de celle-ci.

Pendant tout le temps que durent le refroidissement ou le durcissement, on doit faire redresser la tête du patient; cela évite le

glissement de la salive dans la gorge et la toux qui s'ensuit. Le porte-empreinte est maintenu avec les doigts de chaque côté de la mâchoire et non soutenu à l'aide du manche.

*A. Substances plastiques.* — La gutta et le godiva ne nécessitent pas un durcissement trop grand, car, si l'on attendait trop longtemps, il serait presque impossible de sortir l'empreinte sans déformation. Cet inconvénient n'existe pas avec la cire, qui n'atteint jamais une trop grande fermeté.

Pour ces substances surtout — la gutta et le godiva — on peut hâter le durcissement par différents moyens artificiels.

Le sachet de glace, le jet d'eau froide sont abandonnés pour leurs nombreux inconvénients ; la projection sur la cuvette et le pourtour du porte-empreinte d'un jet de chlorure d'éthyle ou d'un de ses composés peut être employée avec avantage. Les porte-empreintes à courant canalisé d'eau froide de M. d'Argent peuvent rendre aussi de grands services ; ils offrent surtout l'avantage de laisser toute la partie de substance qui se trouve derrière le bord externe du porte-empreinte, à l'abri du refroidissement artificiel, et de permettre par cette combinaison la sortie facile de l'empreinte avec son durcissement presque complet sur toutes les autres parties.

Le degré de durcissement voulu pour les substances plastiques est constaté à l'aide de l'ongle sur l'excès de substance débordant au-dessus du bord externe du porte-empreinte.

*Plâtre.* — Les difficultés sont plus grandes avec cette substance.

A quel moment ou à quel degré le plâtre est-il suffisamment dur pour être retiré ?

Si le durcissement est insuffisant, l'empreinte se déforme, il y a tirage autour des dents, et la bouche peut rester complètement recouverte de plâtre détaché du porte-empreinte. Si, au contraire, on attend trop longtemps, le détachement du plâtre des parties moulées devient difficile, sinon impossible.

Pour reconnaître le moment exact où le plâtre peut sortir sans effort avec une fracture nette, on peut employer plusieurs procédés, dont le meilleur est le suivant :

Il consiste à laisser de côté pendant l'opération quelques morceaux de plâtre et à se guider d'après leur durcissement. On fera des essais de fracture de ces morceaux jusqu'à ce qu'ils ne s'écrasent plus à la pression et qu'on obtienne une fracture nette.

On tiendra compte pour ces essais que la chaleur de la bouche active légèrement la prise du plâtre.

Un peu de pratique permet du reste de constater facilement à l'aide de l'ongle appuyé sur le plâtre son degré de durcissement.

4° **Séparation de l'empreinte des parties moulées.** — Le durcissement constaté, on doit immédiatement procéder à cette séparation.

*A. Substances plastiques.* — On ne doit négliger aucune précaution pour éviter la déformation, car c'est à ce moment qu'elle se produit, et il est souvent très difficile de se rendre compte que l'empreinte est faussée ; ce n'est qu'au moment de l'essai qu'on s'en aperçoit.

Le manche servira de nouveau pour séparer l'empreinte.

Il sera saisi solidement de la main droite, et la traction sera faite directement et d'un seul coup, *selon la direction de l'axe des dents.*

Les empreintes de peu d'étendue se détachent facilement ; il suffit en général d'exercer une traction dans la direction des surfaces moulées, en évitant avec soin les mouvements de bascule, le plus léger mouvement à faux pouvant avoir des conséquences très ennuyeuses.

Les empreintes du haut à grande surface adhèrent parfois très fortement. Dans ce cas il est bon de soulever la joue, de façon à laisser pénétrer l'air entre la substance et la gencive. On complète cette pénétration en faisant tousser le patient ; l'effort de la toux soulève les parties molles du voile du palais, et l'air chassé entre le palais et l'empreinte permet de détacher plus facilement cette dernière.

*Plâtre.* — Il adhère plus fortement à la muqueuse et son détachement est plus laborieux. Son adhérence est même assez intime pour déterminer des déchirures de la muqueuse si l'on tire trop violemment et en négligeant de prendre certaines précautions.

On emploie la même méthode que pour les substances plastiques. La traction toutefois est faite directement. Dans la plupart des cas l'empreinte se brise et des morceaux se détachent et tombent dans la bouche, d'autres restent attachés soit aux dents, soit aux parties molles. On recommandera au patient de ne faire aucun mouvement, et à l'aide de précelles on recueillera ensuite soigneusement, après la sortie du porte-empreinte, ces débris qui serviront à la reconstitution de l'empreinte.

Andrieu a indiqué un moyen de détacher plus facilement le porte-empreinte, qui consiste à ménager au centre de la cuvette une ouverture par laquelle on introduit l'extrémité mousse d'un instrument qui déprime la muqueuse et permet la rentrée de l'air ; mais ce procédé est peu employé.

5° **Sortie du porte-empreinte de la bouche.** — On procède à cette opération assez simple avec précaution, car, lorsque les dents restantes sont longues et les gencives très déprimées, on court le risque de déformer l'empreinte.

A. *Substances plastiques.* — On recommande au patient d'ouvrir largement la bouche et de ne faire aucun mouvement ; l'abaissement ou l'élévation du porte-empreinte, selon que l'on s'adresse à l'une ou à l'autre des mâchoires, doit être aussi complet qu'il est possible ; le porte-empreinte saisi par le manche est retiré de la même manière — mais en sens opposé — que celle qui a déjà été employée pour son introduction. On fait décrire au porte-empreinte une demi-circonférence, en écartant légèrement la commissure labiale gauche par laquelle le porte-empreinte doit sortir primitivement, et on amène ensuite au dehors la partie droite du porte-empreinte. Il est absolument important qu'aucune des dents restantes ne vienne en contact avec une partie quelconque de l'empreinte pendant cette opération, car elle produirait une dépression susceptible de nuire à l'exactitude de l'empreinte.

B. *Plâtre.* — Le procédé est le même que pour les substances plastiques et l'on a moins à craindre les déformations, le plâtre étant dur. On veillera à ce que les débris de plâtre fracturés lors du détachement tombent autant qu'il est possible dans l'empreinte, leur position à la sortie pouvant aider dans la reconstitution. Dans le cas où, soit par une mauvaise préparation du porte-empreinte, soit volontairement, le porte-empreinte se détacherait du plâtre laissé sur les parties à mouler lors de la séparation de l'empreinte de ces parties, on sortirait vivement le porte-empreinte vide et l'on procéderait immédiatement au sectionnement de l'empreinte à l'aide d'un instrument tranchant, coupe-émail par exemple ; les fragments détachés déposés sur un plateau au fur et à mesure de leur sortie pourront être ensuite remis à leur place dans le porte-empreinte lors de la reconstitution de l'empreinte. Mais dans ce cas l'empreinte est souvent moins bonne et plus difficile à reconstituer ; le plâtre, devenu d'une dureté excessive quelques secondes après la séparation, se brise fréquemment très irrégulièrement.

Avec les empreintes au plâtre, lors de la séparation de l'empreinte des parties à mouler, surtout lorsqu'il reste des dents, l'empreinte au plâtre se fracture et on la sort généralement par fragments plus ou moins importants. Les fragments les plus volumineux restent le plus souvent dans le porte-empreinte et ils sont retirés en même temps ; il n'en est pas de même de ceux appelés à mouler les parties en retrait ou non de dépouille, qui tombent soit dans le porte-empreinte, soit dans la bouche, ou restent adhérents à ces parties. Le porte-empreinte sorti, on le dépose au centre d'un plateau, puis, à l'aide des précelles, on recherche dans la bouche les fragments qui y seraient restés. On les saisit délicatement l'un après l'autre et on les dépose sur le plateau tout autour du porte-empreinte dans les endroits correspondant à la place qu'ils doivent occuper. Cette méthode a l'avantage d'économiser une perte de temps assez considérable au moment de la reconstitution de l'empreinte et permet en outre de constater rapidement si l'on a recueilli tous les fragments nécessaires pour que l'empreinte soit exacte.

Après la sortie du porte-empreinte et des principaux fragments, avant de faire rincer la bouche au patient pour le débarrasser des parcelles de plâtre qui peuvent encore y rester, il est bon de le faire cracher dans un crachoir muni intérieurement d'une capsule destinée à retenir les petits fragments de plâtre restants ; on peut aussi garnir l'orifice du crachoir d'un tampon de coton un peu serré qui laisse passer les liquides et retient les fragments : enfin, on peut, à défaut du crachoir, faire rejeter au patient les débris dans une serviette. Les fragments sont ensuite recueillis et servent à la reconstitution de l'empreinte.

Bien que n'entrant pas dans le cadre de la prothèse clinique, la reconstitution des empreintes au plâtre peut être utilement traitée dans ce chapitre, car, dans la plupart des cas, cette opération doit

être pratiquée par le chirurgien lui-même, mieux éclairé que son mécanicien à ce sujet, et il peut être nécessaire qu'elle soit faite dans le cabinet, aussitôt le plâtre séché, afin que le dentiste puisse immédiatement constater le succès de la prise de l'empreinte ou la recommencer dans le cas contraire.

**Reconstitution des empreintes au plâtre.** — C'est souvent une opération difficile et ennuyeuse, demandant une grande patience ; mais ses difficultés et le temps qu'elle nécessite trouvent une large compensation dans les résultats supérieurs que donne une empreinte au plâtre.

La surface de l'empreinte et les fragments de plâtre humides, lorsqu'ils sont sortis de la bouche, doivent être séchés, et l'on retire à l'aide de la spatule chauffée la cire détachée et déformée, adhérente au porte-empreinte, parce qu'elle pourrait être une gêne à la réunion des fragments dans le porte-empreinte ; il en est de même pour la cire demeurée attachée aux fragments de plâtre. Empreinte et fragments sont ensuite brossés avec une brosse en blaireau très douce pour détacher les parcelles de plâtre qui y sont collées ; on recherche alors les fragments les plus importants qu'on *essaie* aux endroits où ils semblent devoir prendre place. Les principaux fragments retrouvés et accolés contre leurs voisins, on s'attache à trouver et à mettre en place les fragments plus petits détachés des parties en retrait, du collet des dents ou des espaces interdentaires. Lorsque tous les fragments réunis forment une empreinte complète et satisfaisante, on procède à la fixation des fragments entre eux et au porte-empreinte, à l'aide de cire fondue sur la spatule. L'épaisseur de la cire n'a aucune importance sur les bords et les parties externes de l'empreinte. Il n'en est pas de même pour celle qui sert à recoller les fragments de la surface. La cire à ces endroits doit être enlevée très délicatement avec la spatule nettoyée et chauffée, de façon à ne laisser aucune épaisseur au niveau des solutions de continuité ou dans leur voisinage. S'il restait de légers vides occasionnés par des fragments trop petits pour pouvoir être remis en place, on les comblerait également avec de la cire fondue et l'on enlèverait ensuite l'excès avec la spatule, de façon à niveler leur surface avec les parties voisines. Certains praticiens assujettissent avec de la cire fondue les fragments de plâtre au fur et à mesure qu'ils trouvent leur place dans l'empreinte. Cette méthode a l'inconvénient de nécessiter plus de temps, car souvent on retrouve un fragment qui oblige à déplacer ceux qui sont déjà assujettis sur une étendue plus ou moins grande. Il est donc préférable de procéder ainsi que nous venons de l'indiquer, c'est-à-dire de reconstituer entièrement l'empreinte en cherchant la place des fragments, et de les fixer ensuite lorsque la reconstitution est achevée.

L'empreinte reconstituée est recouverte d'une légère couche de vernis à la sandaraque où à la gomme laque, puis, après dessiccation, brossée à l'aide d'un pinceau en poils de chameau, pendant un laps de temps assez prolongé, avec une mixture savonneuse.

**Empreintes composées.** — Les procédés qui vont être étudiés s'emploient dans certains cas exceptionnels, dans les bouches qui non seulement ne sont pas de dépouille, mais encore offrent des difficultés variant avec les cas. Ils s'appliquent plus spécialement aux empreintes prises à l'aide des substances plastiques, car ils en diminuent les inconvénients.

Empreintes superposées. — Ce procédé par moulages successifs en godiva, qui a été décrit par M Pillette, est basé sur les différents degrés de ramollissement des trois numéros de cette substance.

« Supposons aux dents d'une ou des deux mâchoires une longueur exagérée ; la hauteur considérable de l'empreinte ne permettra pas à la masse plastique de sortir de la bouche sans tirages qui déformeront les dents et les parties circonvoisines. De même, si les dents sont très déprimées au collet ou déchaussées ou isolées, vacillantes, divergentes ou convergentes ; il faut cependant, pour bien réussir l'appareil de prothèse, une empreinte parfaitement exacte.

Voici le moyen de l'obtenir :

1° S'agit-il de dents déprimées ou vacillantes, de dents ou groupes de dents convergentes, la matière plastique sera le godiva.

On sait qu'il faut plus de chaleur pour ramollir le n° 3 que le n° 2, et aussi plus de temps. C'est là un grand avantage parce qu'on peut superposer dans la bouche une empreinte à une autre, sans que la deuxième déforme la première. On modèle à la main une quantité suffisante du n° 3 ; on l'applique sur le pourtour de la dent ou du groupe de dents ou de l'espace interdentaire qu'on se propose d'obtenir, et l'on attend qu'elle se refroidisse.

Une fois cette matière durcie et alors qu'elle ne peut plus se déformer à la sortie, on l'enlève, on la lave à l'eau froide, on la répare avec une lame de canif chauffée à la flamme de l'alcool et on lui donne une forme légèrement conique à l'extrémité tronquée, de laquelle émerge une partie de la couronne qui sera moulée dans une deuxième opération. On agit ainsi pour chaque partie en retrait que l'on veut obtenir, de manière à avoir autant de petits moules partiels.

On prépare alors un porte-empreinte ordinaire, de formes et de dimensions appropriées ; on le remplit de godiva n° 1, que l'on ramollit, mais en le chauffant le moins possible, et en ayant soin de déprimer la substance aux endroits qui devront contenir les moules partiels ; on le maintient dans l'eau à la température convenable.

On replace alors dans la bouche les empreintes partielles conservées dans l'eau froide, mais avant de les mettre en place on les laisse un instant sécher ; puis on les lubréfie avec une substance quelconque capable d'empêcher les adhérences, huile, savon ou talc ; une fois ces moules mis en place, on introduit le porte-empreinte dans la bouche et l'on prend une empreinte du tout.

Les pièces du premier moulage étant retenues en place par leur forme en retrait, la partie constituée par le deuxième mélange

viendra seule ; on la déposera dans de l'eau froide, on enlèvera ensuite les pièces partielles restées dans la bouche et on les raccordera avec précaution, en les maintenant avec un peu de cire très chaude que l'on y fera couler.

Il ne reste plus qu'à remplir l'empreinte de plâtre, puis à dépouiller le modèle. Si les diverses parties de l'opération ont été faites avec soin, le modèle sera parfait.

2° S'agit-il de dents allongées, par suite de l'absence de leurs antagonistes naturelles, ou d'un écart insuffisant des mâchoires, etc., l'ordre des opérations, qui sont les mêmes, devra être interverti. Au lieu de prendre d'abord l'empreinte du collet des dents et de son pourtour immédiat, puis celle des parties du maxillaire plus éloignées sur lesquelles devra s'appuyer la pièce, on prendra d'abord cette dernière.

On percera le porte-empreinte de trous correspondant aux dents restantes, de façon à ce qu'il puisse monter jusqu'au collet, on y mettra une mince couche de godiva n° 3 et on prendra l'empreinte. Puis on l'ôtera, la réparera, la badigeonnera et la replacera dans la bouche. Les dents dépasseront le porte-empreinte de toute leur longueur.

C'est alors qu'on reprendra séparément par dessus cette empreinte remise en place le moule des dents, en appliquant sur elles, avec le doigt, une petite quantité de godiva n° 1. Une fois durcies, on retirera d'abord séparément ces empreintes partielles, puis la première, on raccordera le tout à l'aide d'un peu de cire fondue et il ne restera plus qu'à couler ce modèle. » (Harris, Austen et Andrieu.)

**Substances combinées.** — Certains praticiens combinent l'emploi du plâtre pour empreintes partielles avec celui de la cire ou du godiva. Pour les dents étranglées, ils forment autour du collet de la dent un entourage ou collier de cire ou de godiva, avant de prendre l'empreinte. Pour les dents déviées ou convergentes, ils se servent d'empreintes partielles en godiva, auxquelles ils donnent la forme de coins. Ils prennent ensuite l'empreinte complète au plâtre. Ces moyens ne sont pas toujours heureux, car, lors de la prise de l'empreinte totale les colliers ou les coins peuvent glisser et se déplacer et l'on obtient alors une empreinte fausse.

**Empreintes en deux parties.** — Dans certaines bouches à *orifice buccal* trop étroit, soit naturellement, soit par suite de rétrécissement cicatriciel, les porte-empreintes ordinaires ne peuvent être introduits ; on emploie deux porte-empreintes partiels. On choisit deux de ces porte-empreintes, l'un pour le côté gauche, l'autre pour le droit. Chaque porte-empreinte doit embrasser pour son côté respectif à peu près les deux tiers de la bouche, c'est-à-dire toutes les molaires et les dents antérieures jusqu'à la canine opposée. On prend séparément l'empreinte de chaque côté de la bouche en employant comme substance la cire, le godiva ou la gutta, et l'on réunit ensuite ces deux empreintes pour former le modèle définitif, en procédant de la manière suivante : on coule d'abord du plâtre dans l'empreinte d'un des côtés, soit de gauche, soit de

droite. Lorsque le plâtre est durci on le sépare et on obtient ainsi un modèle comportant les molaires, prémolaires et dents antérieures jusqu'à la canine, ainsi que la voûte palatine jusqu'au raphé médian. Ce modèle est reporté dans l'empreinte du côté opposé dans les parties auxquelles il correspond, c'est-à dire incisives et canine et une partie de la voûte palatine, on maintient le tout en place, puis on coule du plâtre dans les parties restant découvertes de la seconde. Cette seconde partie fait alors corps avec la première à laquelle elle adhère intimement, de sorte qu'après son durcissement on a un modèle complet qui sera parfait après quelques retouches.

**Empreintes partielles spéciales.** — On entend par *empreintes partielles spéciales* celles qui comportent une étendue limitée par les appareils existant déjà dans la bouche et auxquels il est nécessaire d'ajouter une partie complémentaire.

Ces cas se présentent fréquemment et sont la conséquence de la chute ou de l'avulsion d'une ou de plusieurs dents restantes, ou sont nécessités par certaines réparations qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent être exécutées sur le modèle avec lequel l'appareil a été construit. On peut les diviser en deux catégories :

1° *On ajoute une ou plusieurs dents à l'appareil.* — La substance de choix est la cire. En règle générale on n'emploie pas le porte-empreinte, et l'appareil lui-même sert de soutien à la substance pour son introduction et pendant la pression exercée dans la bouche.

On ramollit à la flamme une petite quantité de cire et on l'applique sur la plaque de l'appareil dans les parties voisines du vide qu'on désire combler. Si l'appareil est en métal, on chauffe la plaque au préalable légèrement pour faciliter l'adhérence de la cire à empreinte. S'il est en substance plastique, on fait à l'aide de la lime quelques encoches à l'endroit où le vide existe, afin qu'elles servent de rétention à la substance. Lorsque celle-ci y est fixée, on place l'appareil dans la bouche et l'on appuie légèrement et progressivement sur la cire d'empreinte, de façon à la mouler exactement sur les parties qu'elle doit reproduire. On attend ensuite le demi-durcissement et l'on fait mordre la mâchoire opposée, afin d'avoir en même temps l'articulation, en maintenant toujours avec les doigts la substance à mouler, afin qu'elle ne se déplace pas, puis on hâte le durcissement avec un jet de chlorure d'éthyle. On peut retirer alors l'appareil portant l'empreinte partielle, qui est ensuite plongée dans l'eau froide.

2° *On ajoute une étendue postérieure à plaque-base.* — Lorsqu'il s'agit d'ajouter à l'appareil une certaine étendue, à sa partie postérieure par exemple, on peut procéder d'une autre façon. L'appareil est placé dans la bouche. On fait choix d'un porte-empreinte de dimensions voulues et on le garnit soit de cire, soit de go liva. On prend alors l'empreinte de la mâchoire sur laquelle repose l'appareil. La délimitation de l'emplacement qu'il occupe est nette-

ment fixée par la substance à empreinte qui doit mouler fidèlement l'appareil et les muqueuses voisines sur lesquelles on ajoute, sur le modèle, la quantité de substance-base nécessaire.

**Complications de la prise des empreintes.** — Les nausées, voire même les vomissements, sont fréquents chez certains patients lors d'une prise d'empreinte. Les personnes susceptibles d'éprouver ces inconvénients peuvent être facilement reconnues en leur promenant sur le palais un miroir à bouche.

Le moyen d'éviter ces désagréments consiste à bien faire pencher la tête du patient en avant aussitôt après avoir enfoncé l'empreinte et à ne pas mettre trop de substance dans le porte-empreinte, de manière que l'excès ne soit pas refoulé vers le voile du palais.

Lorsque les nausées ne sont pas trop violentes, il suffit de faire respirer fortement le patient pour les voir disparaître. On peut encore faire inhaler au patient des vapeurs d'alcool camphré jusqu'à ce qu'il ait perdu la sensation de l'odeur du camphre, ou lui donner à respirer un peu d'acool camphré versé sur une serviette maintenue sous le nez jusqu'à ce que l'empreinte soit retirée de la bouche.

Si ce procédé ne suffit pas et que le maintien du porte-empreinte en place devienne difficile, il faut remettre la prise de l'empreinte au jour suivant, et, avant de recommencer l'opération, faire faire au patient des badigeonnages répétés sur la voûte palatine et le voile du palais avec un pinceau assez ferme imprégné d'une solution de cocaïne à 1/20 p. 100.

Le contact du pinceau agit assez efficacement et habitue les muqueuses à la tolérance des corps étrangers.

La solution de cocaïne agit promptement et sûrement ; la muqueuse imprégnée de cette solution, arrive en quelques minutes à supporter parfaitement les attouchements.

Il est bon toutefois de prendre certaines précautions et d'éviter de laisser couler dans la gorge quelques gouttes de la solution, car elles détermineraient une anesthésie de ces régions qui pourrait avoir des effets absolument contraires au résultat recherché.

L'emploi des pastilles de cocaïne peut aussi amener de bons effets, surtout si l'on a soin d'en recommander l'usage plusieurs jours à l'avance.

---

## DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE, PARTICULIÈREMENT EN FRANCE [1]

Par MM. les Drs A. Poncet et L. Bérard.

C'est en France que l'actinomycose semble avoir été signalée pour la première fois, vers 1853, par Laboulbène et par Lebert.

---

1. Rapport présenté à la 12e section (Sciences médicales) de l'Association française pour l'avancement des Sciences, au Congrès de Saint-Etienne en 1897.

Dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (Paris, 1853), Lebert, à propos des granulations du pus, signale et représente des grains jaunâtres trouvés par lui dans certaines suppurations et dont l'identité avec l'actinomycose est indiscutable [1]. Mais, comme il est arrivé maintes fois, cette maladie dut aller chercher ses lettres de créance à l'étranger, avant d'être admise par nos pathologistes ; les Italiens et les Allemands surtout, avec Rivolta, Perroncito, Bollinger, Harz Ponfick, Boström, Samter, etc., nous éclairèrent sur la nature infectieuse, sur les formes parasitaires, sur les modes de contagion, sur les types cliniques les plus habituels de l'actinomycose. Grâce à ces documents, importés chez nous par Jullien, Bricon, Firket, Mathieu, Mandereau, MM. Nocard et Lucet pouvaient présenter à l'Académie de Médecine, en 1888, le premier cas d'actinomycose observé en France, avec contrôle microscopique.

A ce moment, et pendant trois ou quatre ans encore, l'actinomycose fut considérée chez nous comme une *affection d'exception, essentiellement exotique*. Vers 1893 seulement, après des recherches méthodiques poursuivies dans plusieurs centres d'études, Paris, Bordeaux, Lille et Lyon surtout, on acquit la conviction que cette maladie existait réellement en France et qu'elle devait

1. Un dessin de l'Atlas de Lebert (*fig.* 16) ne laisse aucun doute, non plus que la prescription qu'il en a donnée, sur la constatation qu'il avait faite du champignon rayonné.

« Le 13 décembre 1848, M. Louis m'envoya du pus d'une consistance épaisse, presque gélatiniforme, provenant d'un abcès des parois thoraciques d'un homme âgé de 50 ans, atteint depuis quatre mois environ d'une affection pulmonaire que M. Louis soupçonnait être de nature cancéreuse. Le pus renfermait une quantité très considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, assez faciles écraser entre deux lames de verre. En les examinant avec un grossissemen de cinquante diamètres, on y distingue déjà deux éléments : une substanc molle et unissante et beaucoup de corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante. Au moyen de forts grossissements on constate que ces corps ont 1/50e à 1/40e de millimètre de longueur sur 1/300e de largeur à la base et 1/500e de largeur à la pointe. Quelques-uns de ces corpuscules sont lisses, tandis que d'autres offrent une alternation d'un ou deux étranglements avec des élargissements ampullaires intermédiaires.

« L'examen chimique y montre les caractères suivants : les corps sont inaltérables par les acides minéraux concentrés ; l'acide acétique les débarrasse des éléments étrangers accolés à leur surface ; la solution de potasse caustique ne les altère point à froid, et, à l'état d'ébullition, elle réduit les corpuscules cunéiformes en une poudre fine et grisâtre, sans les dissoudre. L'éther, l'alcool et le chloroforme n'exercent sur eux aucune influence ni à chaud ni à froid. La solution de potasse dans laquelle ces corpuscules ont été chauffés, mêlée avec une solution de sulfate de cuivre et portée jusqu'à l'ébullition, n'offre point la coloration rouge uniforme qu'elle présenterait si elle contenait de l'albumine.

« On voit que les principaux caractères des corps albuminoïdes et des corps gras manquent à cette substance, dont les réactions chimiques rappellent celles de la chitine : aussi avons-nous dû penser à l'existence de quelques débris helminthiques, dont ces corps seraient des crochets, bien que nous ayons vainement cherché les corps des échinocoques et des cysticerques. » (LEBERT : texte, p. 54 et Atlas, planche II, figure 16 )

y être presque aussi fréquente que dans les pays tels que l'Autriche et la Russie, réputés jusqu'alors, après l'Allemagne, comme les seuls « centres d'infection ».

Et, de fait, on pouvait compter dans les périodiques français, à la fin de 1896, soixante-six observations d'actinomycose publiées, chiffres certainement au dessous-de la réalité, car sur ce total près de la moitié (26 cas) revenaient à des chirurgiens lyonnais ou de la région lyonnaise, quoique le premier cas vu à Lyon (Poncet et Dor) date seulement de 1892. A Lyon même 17 des 26 cas avaient été relevés dans notre seul service de clinique chirurgicale. Ce qui ne veut pas dire encore que le parasite soit confiné dans le sud-est et l'est de la France, car si nous trouvons en 1896 pour ces régions, outre les 26 cas lyonnais de MM. Poncet, Dor, Bérard, Jaboulay, Rochet, Aug. et M. Pollosson, Gangolphe, Vallas, Guillemot, Rollet, Destot, Dubard, etc. [1], les cinq observations réunies dans le département du Gard par M. Reboul, nous pouvons compter d'autre part :

A Bordeaux, 8 cas (Dubreuilh, Sabrazès et Frèche, Hoggs, Taburet, Capdepon et Vitrac) ;

A Paris, 10 cas (Netter, Choux, Legrain, Augier, Duguet, Thiéry, Macaigne et Raingeard, Ducor, Ferraton, Claisse) ;

A Tours, 4 cas (Meunier) ;

A Lille, 4 cas (Monestier, Guermonprez, Folet, Lemière, Bécue, Déléarde) ;

A Reims, 3 cas (Doyen) [2] ;

A Toulouse, 2 cas (Audry) ;

A Nancy, 3 cas (Gaube, Weiss, Février) ;

A Orléans, 1 cas (Lucet).

Par conséquent l'actinomycose a été observée sur tous les points de notre territoire. En Algérie même elle a été particulièrement étudiée par MM. Gemy et Vincent qui, des premiers, se sont appliqués à la distinguer de certaines autres maladies parasitaires à allure clinique très analogue, dont nous parlerons sous le nom de *pseudo actinomycose*.

*Il est donc essentiel aujourd'hui que les médecins soient prévenus de la possibilité où ils se trouvent de rencontrer cette affection, et qu'ils soient à même de la diagnostiquer.*

Nous serons bref sur la biologie du parasite et sur les caractères histologiques des lésions [3].

Le parasite est l'*actinomyces bovis*, champignon du genre Oospora, qui a remplacé, en le précisant, l'ancien genre Steptotrix (Sauvageau et Radais). Caractérisé essentiellement par un mycé-

---

1. Toutes ces observations ont été publiées dans divers thèses ou recueils, et nous devons, à ce propos, citer les noms de plusieurs internes de l'Hôtel-Dieu : MM. Briau, Bert, V. Delore, Pétouraud, Etiévant, Berchoux, etc.

2. Dans son Atlas de microbiologie M. Doyen dit qu'il a opéré en outre trois cas d'actinomycose : deux de la joue et un de la paroi thoracique (1897).

3. Voir : *Actinomycose*, par R. Blanchard, et *Traité de Pathologie générale* de Ch. Bouchard, t. II.

lium à éléments d'ordinaire courts, un peu incurvés, plus gros que le bacille de la tuberculose, susceptibles de s'allonger considérablement et de se ramifier dans les milieux nutritifs appropriés, il peut se présenter aussi avec des formes sporulées de reproduction, comparables à des *cocci* (surtout dans les cultures) et avec des formes de dégénérescence absolument caractéristiques, *les massues* (surtout les tissus malades). Dans les lésions : tissus infectés ou collections suppurées, ces éléments du parasite sont groupés en granulations, dites *grains jaunes*, dont le volume moyen est celui d'une tête d'épingle ordinaire, et dont la teinte varie du gris-perle au jaune-brun.

Dans chaque grain on trouve, en allant du centre à la périphérie, le mycélium et les spores, facilement colorés par les produits d'aniline sans décoloration par le Gram, puis, la bordure en couronne des massues, qui a fait donner au parasite le nom de (ακτινη, étoile) d'*actinomycoses*, de *champignon rayonné*. Ces massues prennent peu ou pas les couleurs d'aniline, mais elles sont nuancées rapidement en rose par l'éosine, et en orangé par le picrocarmin. De contours ovoïdes ou piriformes, plus rarement mûriformes, deux fois plus grosses environ que les leucocytes environnants, les massues, à elles seules, permettent d'affirmer un diagnostic d'actinomycose (bien que Fishel, de Prague, et plus récemment MM. Cornil et Babès, aient signalé des formations analogues dans des cultures de tuberculose vieillies) ; il suffira donc, pour les besoins de la pratique, de chercher à les colorer dans le grain jaune.

Le critérium de l'inoculation est d'ailleurs plus délicat à établir que pour la tuberculose ; aujourd'hui encore l'inoculation aux animaux et les cultures sur milieux artificiels exigent des techniques délicates, possibles seulement avec toutes les ressources et tous les loisirs d'un laboratoire. Ce qui les rend surtout difficiles, c'est l'association habituelle, dans les lésions de l'homme, d'un microbe pyogène ou saprophyte à l'actinomyces, qui, mis en symbiose avec ces microorganismes, ne tarde pas à disparaître devant leur multiplication plus rapide. Ce dernier fait explique qu'en clinique, dans les vieux foyers infectés secondairement, on puisse ne plus retrouver de grains jaunes.

Au point de vue de la contagion, bien que l'actinomycose soit très fréquente chez les herbivores, et en particulier chez les bovidés, où le parasite fut pour la première fois observé par Harz en 1877, il semble nettement établi aujourd'hui que l'infection est réalisée la plupart du temps par l'intermédiaire des végétaux, sur lesquels l'actinomyces se développe facilement et se conserve indéfiniment, en revêtant des formes de résistance (*spores*) beaucoup plus dangereuses pour l'homme que les formes de dégénérescence (*massues*) constatées chez les animaux. D'ordinaire, c'est un grain de céréale ou un brin d'herbe, mâchonné et avalé par inadvertance ou employé comme cure-dent, qui sert de véhicule au parasite. Plus rarement on a pu incriminer des poussières inhalées et

transportées directement dans les voies respiratoires, par exemple au cours du battage des céréales. Aussi les lésions affectent-elles de préférence les tissus voisins des orifices naturels ou des cavités internes en communication avec l'extérieur : tube digestif, poumon, etc., et les habitants des campagnes sont-ils plus exposés à la maladie que ceux des villes.

Une fois fixé dans les tissus, l'actinomyces détermine, par la diapédèse des leucocytes et la transformation *in situ* des éléments fixes, la formation d'un nodule infectieux, d'abord très semblable au follicule de Köster dans la tuberculose. Autour du grain jaune se tassent en couronne des cellules épithélioïdes, dont les plus centrales, très altérées, subissent la dégénérescence et la fonte granuleuse, tandis que les moins malades sont dans un état de tuméfaction trouble, bien décrit par Unna et par Audry. Des globules blancs, peu modifiés, constituent les couches les plus périphériques du follicule ; autour d'eux, un peu refoulés et enflammés, apparaissent les éléments du tissu infecté. Dans les lésions plus anciennes et surtout dans les foyers en voie de guérison, le processus fibreux domine, comme dans le nodule tuberculeux de Friedlander. Tout autour de la bordure de leucocytes se voient des strates conjonctives, en anneaux plus ou moins épais, qui séparent le nodule des éléments voisins. La cellule géante est exceptionnelle toutefois; elle se rencontre seulement dans les très vieux nodules en voie de résorption (Pawlowski et Maksoutow).

Au contact du parasite, les tissus réagissent peu. Souvent les vaisseaux ne présentent que des lésions minimes de leurs parois ; cette absence de péri et d'endartérite, coïncidant avec la tuméfaction trouble des cellules du nodule, distingue parfois assez nettement l'actinomycose de la syphilis et de la tuberculose, pour que le diagnostic histologique puisse en être proposé, sinon affirmé en l'absence des grains jaunes.

La progression des lésions se fait le plus ordinairement par continuité, suivant un processus de forage, un « *travail de taupinière* ». Le parasite avance dans les tissus, au hasard des résistances qu'il rencontre le long des interstices aponévrotiques et des gaines vasculaires, pour englober dans le même foyer d'infection tous les plans d'une région : périoste, muscles, tissu sous-cutané et peau. Quand il arrive, par effraction, dans un vaisseau sanguin, il peut ensemencer, par embolie, le poumon, le foie, la rate, le rein, le cerveau, etc. ; de même, par la voie lymphatique il peut infecter les grandes séreuses : méninges, péricarde, plèvre et péritoine (*actinomycose pyohémique*). Mais ce sont là, pour le parasite, des modes de progression exceptionnels : *les lymphangites et surtout les adénites mycosiques constituent des raretés*. Habituellement, il procède par envahissement continu, et tandis que les premières galeries qu'il a creusées se réparent derrière lui, au point qu'il est souvent impossible d'en retrouver la trace, il occupe de nouveaux tissus, déterminant à son approche des phénomènes congestifs plus ou moins diffus, rarement aigus, en général chro-

niques, qui aboutissent à la production d'un œdème bien spécial, dont l'impression au doigt est intermédiaire entre *la dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations.*

Alors, au bout d'un temps, qui varie avec la profondeur initiale du foyer, les téguments d'abord fixés aux plans sous-jacents, sont amincis, soulevés par des nodosités d'une coloration bleuâtre, livide, qui s'ulcèrent presque toujours, pour donner lieu à des fistules habituellement multiples, dont le suintement même prolongé ne détermine qu'un affaissement incomplet de ces élevures. Ces fistules offrent cette particularité intéressante que quelques-unes se cicatrisent à côté ou au milieu d'autres foyers en pleine activité. Elles laissent écouler une sérosité louche, entraînant avec les grains jaunes des fongosités molles, chargées de sang, s'écrasant facilement sous le doigt. Quand la suppuration se produit, on admet généralement que des infections secondaires se sont surajoutées, bien que MM. Bollinger et Netter croient au pouvoir pyogène de l'actinomyces.

*Le tissu dans lequel le parasite se fixe de préférence est le tissu conjonctif.* Même dans les localisations intestinales, pleuro-pulmonaires, hépatiques, rénales, les lésions parenchymateuses cèdent toujours le pas aux lésions interstitielles qui les ont précédées. Et parmi les formations conjonctives elles-mêmes, *c'est le tissu cellulaire lâche qui est surtout envahi;* les aponévroses résistent plus que les vaisseaux et que les muscles, qui arrivent à un état de bouillie jaunâtre, comparable à de la peau de chamois macérée. Les localisations osseuses sont exceptionnelles à titre primitif. Longtemps l'os reste indemne sous son périoste infecté, et, quand il est envahi à son tour par le parasite, il est persillé, excavé sans réactions condensantes. Certaines lésions centrales, de même que les ostéo-sarcomes, peuvent boursoufler une portion de l'os et simuler, à s'y méprendre, une tumeur maligne : *actinomycome des os* (Bollinger, Ducor, Poncet). Il s'agit alors de l'actinomycose *à forme bovidée*, qui a été jusqu'à présent rarement observée chez l'homme.

Malgré l'opinion de Bollinger, l'actinomycose primitive des centres nerveux et des méninges reste encore à démontrer.

Quant à la répartition des foyers mycosiques suivant les différentes régions, elle est commandée par le mode même de la contagion, et, sur ce point, la plupart des statistiques concordent.

A l'étranger, Illich, Sokolow, Gudder, pour un tolal de plus de cinq cents cas, arrivent aux chiffres moyens suivants :

*Tête et cou* (y compris la cavité buccale et la langue), 55 0/0.

Les quatre cinquièmes des cas occupent la région des maxillaires ou temporo-maxillaire;

*Poumons et thorax*, 20 0/0 ;

*Abdomen*, 20 0/0 (Sokolow, 12 0/0, Gudder, 37 0/0).

*Localisations diverses*, 5 0/0.

En France les soixante-six cas observés jusqu'à la fin de 1896 se divisent ainsi :

*Face et cou*.......... 53 cas........ 85 0/0

| | | |
|---|---|---|
| *Thorax et poumons*... | 8 cas....... | 15 0/0 |
| *Intestin et abdomen*... | 3 —........ | 2 0/0 |
| *Membres*........... | 2 —........ | 4 0/0 |

Mais certainement plusieurs faits d'actinomycose abdominale et surtout *appendiculo-cœcale*, qui est la localisation habituelle dans l'abdomen, ont dû passer inaperçus, depuis que cette affection est à l'ordre du jour. Cette forme, en effet, reste longtemps torpide, ainsi que l'a fait remarquer Grill dans une étude où il a réuni cent dix cas d'actinomycose de l'abdomen. Ainsi s'expliquent également les divergences d'appréciation entre Sokolow et Gudder.

Il faudrait un cadre plus vaste pour contenir, même résumés, les détails cliniques de chacune de ces localisations, qui heureusement ont entre elles un air de parenté propre à fixer l'attention, dès que les lésions sont visibles à l'extérieur. Tant qu'elles restent profondes, par contre, elles évoluent avec des caractères d'une banalité telle qu'on ne peut émettre sur leur nature que des suppositions. Le diagnostic d'actinomycose ne saurait être affirmé alors que si l'on a la bonne fortune de constater des grains jaunes dans les produits d'excrétion (crachats, urines) des organes supposés atteints, ou ce qui est plus rare, dans les matières fécales (Zemann, Ransom). Lorsque, plus tard, les plans superficiels sont envahis, on a, pour se guider, des caractères généraux qui se succèdent dans l'ordre suivant : d'abord, une période de douleurs à peu près constantes et plus ou moins aiguës, diffuses comme la zone d'induration dans laquelle elles se produisent, puis des accidents inflammatoires plus ou moins nets, avec abcès, fistules, etc. Cette induration, rapidement très marquée et toujours accompagnée d'une tuméfaction notable, n'aboutit pas à la suppuration phlegmoneuse aiguë, à moins que des associations microbiennes ne soient en jeu. D'ordinaire, les parties molles, au début simplement œdématiées et indurées en masse, comme il adviendrait pour une tumeur un peu enflammée, changent ensuite de coloration par places, se boursouflent d'élevures, irrégulières, livides, de plus en plus ramollies, dont le contenu est enfin évacué après la formation de fistules, beaucoup plus souvent cutanées que muqueuses. Le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent, il est mêlé de débris fongueux et de grains jaunes. S'agit-il d'un pus franc, on peut y trouver encore des grains en quantité, mais on ne doit pas oublier qu'ils peuvent manquer complètement, le champignon ayant disparu dans sa symbiose avec les microbes de la suppuration. Il en est de même pour les produits des très vieilles fistules.

A ces caractères généraux s'ajouteront sans doute dans l'avenir des signes locaux de plus en plus précis, à mesure que l'on aura suivi plus attentivement et sur un plus grand nombre de cas l'évolution de la maladie : telle cette *induration scléreuse de la langue*, qui a fait donner à l'affection chez les bovidés le nom de : *langue de bois* — tel aussi, pour l'actinomycose temporo-maxillaire, *le trimus serré, précoce, douloureux et persistant* que nous croyons des plus caractéristiques, — telle pour l'actinomycose thoracique,

*la coexistence de phénomènes pleuro-pulmonaires, avec des signes de médiastinite ou de tumeur du médiastin ayant envahi les parois de la cage thoracique.* Cette étude méthodique des symptômes locaux s'impose ; elle est d'ailleurs poursuivie chez nous, depuis quelques années, dans des monographies déjà nombreuses ; pour la peau, ou plutôt pour le tissu cellulaire sous-cutané, habituellement le premier envahi (Taburet, Dubreuilh et Sabrazès, Monestier, Ringeard), pour la région cervico-faciale (Poncet, Besse. Jirou, etc.), pour la langue (Bonnet, Claisse), pour les maxillaires (Poncet, Quenet, Thollon, Rochet, Ducor), pour l'œsophage (Garde), pour le cæcum et l'appendice (Hinglais, Gangolphe), pour le poumon (Netter, Pic, Reboul, Naussac), pour les centres nerveux (Job).

La plupart de ces travaux ont eu pour point de départ des actinomycosiques observés dans notre clinique, et présentés, après vérification microscopique du parasite (Dor), soit à la Société de Médecine, soit à la Société des Sciences médicales (voir *Lyon médical* depuis 1892). C'est avec la précieuse collaboration de notre chef de laboratoire, le Dr L. Dor, qu'ils ont été menés à bien. Ses recherches expérimentales et microbiologiques (Dor, Bérard) nous ont fourni, en outre, des données fort intéressantes sur les mycoses dans la pathologie humaine.

Mais, en définitive, si ces éléments plus précis d'un diagnostic clinique peuvent servir à différencier l'actinomycose des tumeurs et des inflammations chroniques qu'elle simule, la tuberculose et la syphilis en premier lieu, le seul criterium continuera probablement à résider dans l'examen microscopique du grain jaune. La simple constatation de ce grain ne saurait plus, en effet, suffire pour être affirmatif. Il est probable que beaucoup de champignons parasites affectent dans les tissus la disposition en granulations et, après le pied de Madura, on a pu décrire plusieurs *pseudo-actinomycoses à grains jaunes*. L'an dernier, nous avons observé avec Dor, chez trois malades de la clinique, une de ces formes caractérisée par les dimensions considérables des grains et par la disposition du mycélium en long chevelu, sans massues (A. Poncet, *Des pseudo-actinomycoses*, Congrès français de Chirurgie, 1896, et Guignot, thèse de Lyon, 1896).

Le traitement ioduré lui-même, considéré depuis Thomassen comme pierre de touche et comme remède spécifique, ne peut pas toujours servir au diagnostic. D'autre part, il risque de faire confondre avec la syphilis les actinomycoses qu'il guérit, et, d'autre part, il est parfois impuissant, comme nous nous en sommes maintes fois rendu compte vis-à-vis de certaines actinomycoses, particulièrement malignes par la résistance plus grande du champignon ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté.

Ces variations de virulence expliquent déjà les différences de gravité ; mais le pronostic est plus encore subordonné à la localisation même de la lésion et à la présence ou à l'absence d'infections secondaires. C'est ainsi qu'en principe un foyer profond ou voisin des centres nerveux est toujours dangereux en raison de l'envahis-

sement possible de viscères essentiels. *La mortalité, réduite à* 3 0/0 *dans les formes cutanées, s'élève à* 70 0/0 *dans les localisations abdominales, à* 83 0/0 *dans le poumon, et à près de* 100 0/0 *dans le cerveau.*

Il est donc urgent de dépister de bonne heure le parasite et de le rechercher, de parti pris, dans tous les produits d'excrétion ou de suppuration suspects. Dès que sa présence sera constatée, ou plutôt dès qu'on aura de fortes raisons de la supposer, l'iodure sera administré, suivant les mêmes règles que chez les syphilitiques. Il ne faut pas, toutefois, se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament. Il ne sera souvent qu'un adjuvant utile au traitement chirurgical : débridement, grattage, cautérisations modificatrices, ablation, etc., absolument indiqué, toutes les fois que le foyer sera accessible à l'opérateur.

Cette notice, qui est une vue d'ensemble sur l'actinomycose humaine, une sorte d'introduction à l'étude de cette maladie dans notre pays, a été rédigée avec des documents personnels et surtout lyonnais. Nous avons relaté tous les cas publiés en France, et, à en juger par leur nombre, qui dépasse déjà le chiffre de *soixante-dix* [1], il n'est pas douteux que l'actinomycose ne s'y trouve aussi fréquente que dans les grands pays voisins.

Comme nous l'avons dit bien souvent, en particulier à l'Académie de Médecine, dans diverses communications, *il suffit de rechercher l'actinomycose pour la trouver.* De telles recherches s'imposent systématiquement, car la maladie est, dans l'espèce humaine, *commune et redoutable.*

---

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

### I. — SUR UN CAS DE PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE D'ORIGINE CÉRÉBRALE.

Par MM. les Drs PICOT et J. HOBBS.

Cette observation est l'histoire clinique et anatomo-pathologique complète d'un malade qui a succombé à une paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine cérébrale, diagnostiquée pendant la vie. Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, ayant eu auparavant plusieurs ictus

---

1. Depuis l'article de la *Gazette des Hôpitaux* (février-mars 1896) sur l'*Actinomycose humaine*, article qui est accompagné d'une bibliographie très complète, diverses observations françaises ont été publiées, et parmi les travaux lyonnais nous devons citer les thèses suivantes :

NAUSAAC : *De l'actinomycose pulmonaire.* Th. de Lyon, 1896.
GARDE : *De l'actinomycose œsophagienne.* Id.
JOB : *De l'actinomycose des centres nerveux.* Id.
THOLLON : *Du sarcome actinomycosique* (*actinomycose néoplasique*). Id.
ROUFFLANDIS : *Sur une dermite perlée, non décrite, à allure clinique d'actinomycose.* Id.
GUIGNOT : *Des pseudo-actinomycoses* (*nouvelle mycose à grains jaunes*). Id.
HINGLAIS : *Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale* (*appendicite et typhlite actinomycosique*). Id.
BONNET : *De l'actinomycose de la langue.* Id.
DEMIAS : *De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise.* Id.

apoplectiques suivis d'hémiplégie droite ou gauche et qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, a été pris subitement d'une paralysie frappant d'emblée les lèvres, la langue, le pharynx et le larynx. Le voile du palais et les muscles masticateurs étaient respectés.

L'articulation des mots et la phonation étaient supprimées. Le premier temps de la déglutition ne pouvait être effectué par suite de la paralysie de la langue, qui n'était pas atrophiée, et dont les fonctions sensorielles et sensitives avaient persisté. Pas d'hypersécrétion salivaire. Le réflexe pharyngien avait disparu; par contre, le réflexe massétérin était exagéré.

Pas d'anomalies dans les réactions électriques; pas de paralysie des membres.

La soudaineté et la simultanéité des accidents paralytiques fait porter le diagnostic de paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine cérébrale, étant donné les ictus apoplectiques antérieurs. Du reste, la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic: le malade mourut cinq mois après son entrée à l'hôpital; par conséquent, huit mois après le début de son affection, sans que celle-ci ait varié un seul instant et sans avoir progressé. Les ptérygoïdiens n'ont jamais été atteints. A peine, peut-on dire que le sujet a présenté des signes de paralysie diaphragmatique quelques heures avant sa mort.

A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur des méninges de petites tumeurs kystiques (qui ne sont pas dues à des cysticerques), du volume variable d'un pois à une noisette, comprimant l'écorce cérébrale : 1° à droite, sur la première frontale au niveau du pli de passage qui relie cette circonvolution à la frontale ascendante et au niveau de la première temporale à 3 centimètres en avant du fond de la scissure sylvienne; 2° à gauche, sur la moitié de la hauteur des frontale et pariétale ascendantes.

Les artères sont légèrement athéromateuses.

Sur des coupes pratiquées sur l'hémisphère droit, parallèlement à la scissure de Rolando, on trouve au niveau de la frontale ascendante, dans le noyau coudé en avant de la couche optique, une petite perte de substance du volume d'un pois, de couleur ocreuse, limitée en bas par une mince couche de substance grise qui la sépare du ventricule latéral, en arrière par la couche optique, en haut et en dehors par la capsule interne et en avant par un vestige du noyau coudé non complètement détruit.

Sur la coupe, passant à 1 centimètre en avant de la frontale ascendante, on trouve une perte de substance située en dehors du noyau lenticulaire à la partie la plus inférieure de l'insula, ayant détruit le tiers externe de la capsule externe et de l'avant-mur.

Sur l'hémisphère gauche, on trouve dans le tiers antérieur du lobe frontal, au milieu du coude ovale, un petit foyer, gros comme une lentille, de couleur ocreuse.

Rien à l'œil nu sur des coupes du bulbe et de la protubérance.

Les pièces sont fixées par le liquide de Muller et y restent plongées trois mois. Après déshydratation, enrobement à la celloïdine, coloration : 1° par le picro-carmin de Ranvier; 2° par l'éosine hématoxylique, nous concluons à l'existence de foyers hémorrhagiques anciens siégeant dans le cerveau, à l'intégrité de tous les noyaux bulbaires des nerfs craniens, à l'intégrité des grandes cellules des cornes antérieures et du faisceau pyramidal dans la moelle cervicale.

La langue et les nerfs périphériques n'ont pas été examinés.

Les examens nécropsique et microscopique sont donc venus confirmer le diagnostic porté en clinique de paralysie labio-glosso-laryngée d'ori-

gine cérébrale, due, selon toute probabilité, à deux foyers d'hémorragie ancienne ayant détruit à droite une partie du noyau coudé et de l'avant-mur et accessoirement à un petit foyer siégeant dans le milieu de la portion antérieure du centre ovale gauche.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

## II. — Microbes de la stomatite ulcéreuse.

M. J. Bernheim (de Vienne) a communiqué les résultats des recherches bactériologiques qu'il a instituées avec M. Pospischill, dans une trentaine de cas de stomatite ulcéreuse, chez les enfants. Il estime que cette maladie est probablement due à l'infection provoquée par l'association de deux microbes qui existent en abondance dans l'enduit pultacé recouvrant les ulcérations. Ce sont un bacille et un spirochète, mobiles tous les deux et que M. Bernheim n'a pu réussir à cultiver. Ces mêmes microbes ont été déjà constatés par Miller dans la cavité buccale de sujets atteints de carie dentaire. La recherche de ces bactéries peut être utilisée pour le diagnostic de certaines stomatites ulcéreuses simulant l'angine diphtérique, surtout dans les cas où, comme le fait se produit assez fréquemmment, l'affection débute par une ulcération amygdalienne généralement unilatérale.

(*Sem. médicale.*)

## III. — Kyste dermoïde du plancher buccal, avec adhérence probable a l'os hyoïde.

M. Chavannaz a communiqué à la Société d'Anatomie de Bordeaux le cas suivant : Mlle A. B... âgée de 49 ans, est entrée à l'hôpital Saint-André, service de M. le Dr Pousson, le 12 décembre 1896.

La malade a constaté, il y a dix ans, l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette, siégeant un peu au-dessus de l'os hyoïde et difficilement mobilisable.

Au mois d'octobre dernier, cette tumeur a augmenté rapidement de volume et la déglutition est devenue fort difficile.

A l'heure actuelle, on trouve une tumeur s'arrêtant, en bas, à l'os hyoïde et s'étendant à travers la région sus-hyoïdienne pour gagner ainsi le plancher buccal. En dedans, elle dépasse un peu la ligne médiane : en dehors, le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche lui sert de limite.

Par sa portion intra-buccale, elle soulève fortement toute la moitié gauche de la langue et s'étend en avant jusqu'à un travers de doigt de la symphyse du menton.

La tumeur, dans son ensemble, a le volume d'une grosse mandarine, et sa partie intra-buccale a les dimensions d'une noix. Dans toute son étendue, il existe une fluctuation très nette, et la pression du doigt ne détermine pas la formation d'un godet.

Pas d'adhérence à la peau ou à la muqueuse de la bouche ; il n'en est pas de même pour l'os hyoïde, qui est entraîné quand on cherche à mobiliser la tumeur.

Le bord alvéolaire est normal. Le larynx n'est pas dévié : la respiration est facile. Depuis deux mois, la déglutition est très compromise, la malade ne peut absorber que des liquides ou des aliments semi-liquides. La phonation est également gênée.

Nous ne pouvons insister ici sur les raisons qui nous font porter le diagnostic de kyste dermoïde du plancher buccal ; mais ce diagnostic étant admis, nous chercherons à pratiquer l'extirpation complète de la

poche. Nous l'attaquerons par la voie sus-hyoïdienne, en nous rappelant que nous serons susceptible de rencontrer quelques difficultés, car la tumeur est à peu près sûrement implantée sur l'os hyoïde.

M. Moure. La tumeur n'est pas transparente par la diaphanoscopie.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

## IV. — Du muguet.

L'importance de l'étude du muguet est certainement incontestable, et c'est pour cela que le travail très complet de Guidi présente un grand intérêt. L'auteur a fait des recherches cliniques, micrographiques et statistiques, il a étudié les métastases, recueilli les cas publiés à ce sujet, et il arrive, en se basant sur toutes ces recherches, à formuler les conclusions suivantes :

1° Le muguet exige une étude soigneuse par sa fréquence, surtout par son évolution latente et les complications qu'il peut déterminer;

2° Le médecin praticien doit se faire une idée bien nette de l'étiologie et des localisations du muguet, questions sur lesquelles il existe des divergences d'opinion; une prophylaxie convenable et une hygiène rigoureuse permettront de vaincre le mal;

3° Le traitement ne doit pas se limiter à la destruction des plaques qui sont visibles à l'observation directe et superficielle; il doit être complet et tendre à la destruction des germes du champignon accessibles en partie aux moyens dont on dispose ordinairement;

4° Le micro-organisme qui détermine le muguet n'est pas l'oïdium albicans de Robin, mais le *saccharomyces albicans*;

5° Ce micro-organisme jouit de la propriété de développer, dans des conditions spéciales, des ferments spéciaux, grâce auxquels il peut déterminer des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels de grande intensité;

6° Ce micromycète est capable de s'insinuer dans les tissus sous-cutanés, d'entrer dans la circulation, d'être transporté par le courant sanguin dans certains organes et de déterminer des lésions métastasiques spécifiques;

7° Les organes résistent plus ou moins dans la lutte entre les éléments animaux et les spores du champignon; ils peuvent être classés par ordre de fréquence de la façon suivante : les reins, le foie, les muscles, le cœur, les séreuses, la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques, les poumons, le cerveau;

8° Les métastases du muguet sont assez fréquentes, et il est nécessaire, indispensable même, de substituer, dans la pathologie infantile, aux hypothèses plus ou moins ingénieuses, une habileté clinique qui permettra de saisir le mal et de lui porter remède. (*La Pediatia*, n° 5, 1896.)

## V. — Calcul salivaire.

Par Bourneville.

Le 8 mai nous avons été appelé chez Mlle Lem..., âgée de 33 ans. Nous constatons une inflammation très prononcée de la glande sublinguale du côté gauche, caractérisée par une douleur intense, une très vive rougeur, un gonflement notable qui gêne les mouvements de la langue, partant la déglutition et la parole. La joue et la partie répondant à la branche montante du maxillaire inférieur, de son angle à l'oreille, sont gonflées et douloureuses. La salivation est très abondante. Les accidents ont débuté il y a trois jours. La malade assure qu'il n'y

aurait eu aucune blessure, entre autres par une arête de poisson, une esquille d'os, etc. Le toucher, rendu difficile par la douleur et la pusillanimité de la malade, fait pourtant reconnaître un certain degré d'induration de la glande sublinguale. La dentition est régulière et en bon état.

*Traitement*: Eau de racine de guimauve boriquée, chlorate de potasse et, comme il y a un peu d'*embarras gastrique* avec constipation, purgatif.

Ayant dû nous absenter, notre ami, M. le Dr J. Noir, nous a remplacé auprès de la malade les 9, 10 et 11 mai. Il nous a remis les notes qui suivent pour ces trois journées.

9 *mai*. Une petite quantité de pus sort du canal excréteur de la glande enflammée. Lavages avec une solution de phénosalyl, à 1 0/0.

10 *mai*. Etat stationnaire, douleurs violentes. Petite incision au niveau du point où le pus s'écoule. Une faible quantité de pus jaune, mêlé de salive, s'écoule, la tuméfaction diminue et les mouvements de la langue sont plus faciles au bout de quelques minutes.

Lavages très fréquents avec une solution chaude de :

| | | |
|---|---|---|
| Liqueur de Van Swieten.................... | 50 | grammes. |
| Eau de menthe............................ | 150 | — |

Ingestion de chlorate de potasse en solution.

11 *mai*. La malade est soulagée très notablement, mais le plancher de la bouche reste dur et le pus semble s'écouler insuffisamment. L'incision est augmentée de 2 centimètres environ, avec un bistouri boutonné. Aucune sensation de corps dur pendant cette opération. — Continuation des lavages antiseptiques et de l'ingestion de chlorate de potasse.

12 *mai*. Dégonflement notable du repli muqueux et des parties entourant la glande. Il s'écoule toujours du pus en quantité relativement assez grande.

14 *mai*. Le gonflement de la joue a disparu. La salivation a diminué. Il s'écoule toujours un peu de pus. Le repli et la glande sont moins gros, mais celle-ci offre une certaine consistance qu'on ne peut bien apprécier par suite de la résistance de la malade.

16 *mai*. On voit poindre par l'ouverture laissée par l'incision une pointe blanche, dure, d'aspect calcaire. A l'aide d'une pince nous en détachons un petit fragment. Il s'agit évidemment d'un *calcul salivaire*. La malade se refusant à toute nouvelle opération, nous lui laissons la pince pour qu'elle essaie de détacher la partie qui deviendrait saillante. Elle nous raconte qu'il y a 5 ans elle a senti rouler sous sa langue un corps étranger, qu'elle a retiré : c'était une pierre de la grosseur d'un petit pois.

18 *mai*. Nous nous disposions à aller voir la malade lorsque nous recevons d'elle une lettre où nous lisons : « Je vous envoie, à titre de curiosité, ce qui est sorti hier de ma bouche. C'est sorti tout seul, comme un ver qui sort de terre. Le trou s'est rebouché dès le lendemain. On n'aurait jamais dit que c'était de ma bouche que cela sortait. » — Jamais la malade, qui est grosse et forte, n'a eu de gravelle ni de calculs hépatiques. Fièvre typhoïde à 13 ans. Scarlatine à 18 ans. Règles irrégulières.

Nous n'avons pas à faire la bibliographie complète à propos de ce cas; nous nous bornerons à rappeler une leçon de M. le Pr Duplay et une étude détaillée de M. le Pr Schmidt (de Nancy).

(*Le Progrès médical.*)

### VI. — Actinomycose linguale primitive

M. Claise (*Revue Médicale*, 31 mars 1897) a été appelé à donner ses

soins à un homme de 39 ans, pour une ulcération de la langue paraissant due à l'érosion causée par une racine de dent. Un mois après (janvier), la plaie était fermée. En avril, apparition d'une tumeur correspondant à l'ancienne ulcération, grosseur d'une noisette, non fluctuante, sans aspérité ni égalité.

Diagnostic difficile à établir. Un cancer ou la syphilis peuvent tout aussi bien être mis en cause. L'iodure amène quelques améliorations, mais un noyau, dur, profond, persiste.

En août, la tumeur réapparut, mais alors elle était devenue fluctuante. L'iodure, repris, a amené la guérison complète.

E. B.

# Revue de Thérapeutique

## A PROPOS DU TRAITEMENT DES PLAIES INFECTÉES. — RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS DU FORMOL ET DU PARACHLOROPHÉNOL.

*Communications faites au Congrès de Moscou par* M. Le Dentu.

Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces *méthodes* sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement, humide ou sec. Elles utilisent des *agents* dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe, pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-unes cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis cliniquement sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville ; ce sont le *formol* et le *parachlorophénol*.

Avec des solutions à 5 0/0 et à 5 0/00 de la solution à 40 0/0 du formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 0/0 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escharifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gramme 79 et 0 gramme 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 0 gramme 66 par kilogramme d'animal ; ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 0/0. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir *désodorant* absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5/00.

A ces divers titres, le formol est donc *un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre*. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées ; mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 0/00, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici et la solution au 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2.5 0/00 on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le *parachlorophénol* est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37°, bouillent à 217°, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 0/0 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacile de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 0/0 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme en injections sous-cutanées sur 21 cobayes. Dans une première série d'expériences nous avons fait une seule injection de solutions à 2.5 0/0, 1 0/0 et 1 0/00. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gramme 21 et 0 gramme 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 0 gramme 25 par kilogramme ont été supportés. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 0 gramme 26 par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de

jours variant de 5 à 66, des doses totales de 0 grammes 51 et de 1 gramme 12 par kilogramme ont causé la mort ; dans le premier cas, avec 4 injections ; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gramme 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gramme 25 à 0 gramme 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant ; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins, son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, obtenir la préférence sur l'acide phénique.

### L'ORTHOFORME

MM. les docteurs A. Einhorn et R. Heinz (de Munich) ont découvert un nouvel anesthésique local, l'*orthoforme*, éther méthylique composé de l'acide amidoxybenzoïque. Cette substance présente sur la cocaïne l'avantage de ne pas être toxique et de provoquer, par suite de son absorption lente, une insensibilisation de très longue durée. En outre, l'orthoforme jouit de la propriété de diminuer les sécrétions et d'exercer une action franchement antiseptique.

L'orthoforme est une poudre cristalline blanche, inodore, insipide, peu et lentement soluble dans l'eau, qui n'en dissout que la quantité strictement nécessaire pour exercer une action analgésique suffisante ; d'autre part, son absorption est si peu rapide que l'analgésie, une fois obtenue, persiste pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours.

Appliqué sur les muqueuses en poudre ou en pommade, l'orthoforme y provoque, au bout de quelques minutes, une anesthésie lentement progressive. Il est facile de s'en convaincre en étalant ce médicament d'une manière uniforme sur la langue ou sur la conjonctive oculaire. Cette même action analgésique se manifeste aussi sur les plaies et ulcères douloureux, mais elle ne se produit pas à travers la peau ou une muqueuse épaissie et indurée. L'orthoforme se montre donc inactif partout où il n'existe pas de solution de continuité du tégument, comme dans les brûlures du premier degré, par exemple, les plaies réunies par suture, etc.

Par contre, l'action analgésique de l'orthoforme est des plus nettes dans les brûlures du troisième degré, dans toutes les plaies douloureuses (cancers, ulcères variqueux de la jambe), les fissures des lèvres, du sein et de l'anus, les excoriations, les ulcérations de la langue, du larynx, etc.

Administré à l'intérieur, l'orthoforme constitue un bon moyen pour calmer les douleurs de l'ulcère rond et du cancer de l'estomac, mais il ne peut servir à combattre les sensations pénibles liées au catarrhe chronique de l'estomac ou à la dilatation de cet organe, la muqueuse gastrique étant intacte dans ces cas.

L'orthoforme, en se combinant avec l'acide chlorhydrique, forme un sel soluble. Ce chlorhydrate d'orthoforme ne convient cependant pas pour l'analgésie de la conjonctive et des muqueuses nasale, buccale et pharyngo-laryngée ; il ne peut pas non plus être employé en injections sous-cutanées, car, par suite de la réaction acide de ses solutions, il irrite fortement les tissus. Néanmoins, on peut l'utiliser à l'intérieur (ulcère et cancer de l'estomac), ainsi qu'en injections intra-uréthrales dans les cas de blennorrhagie. Un sujet atteint de blennorhagie chronique a supporté sans réaction une injection d'une solution à 10 0/0 de chlorhydrate d'orthoforme, et l'anesthésie de l'urèthre ainsi obtenue a persisté pendant douze heures. Dans un cas de gonorrhée récente ces mêmes injections ont provoqué chaque fois une réaction violente ; cependant, au bout de quatre jours, l'écoulement avait complètement disparu.

L'orthoforme étant dénué de toute action toxique, comme l'ont montré des expériences instituées sur les animaux, on peut l'appliquer abondamment sur les plaies et les muqueuses. Ainsi, dans un cas de cancer de la face on a pu employer localement dans le cours d'une semaine environ 50 grammes d'orthoforme non seulement sans le moindre inconvénient, mais au contraire avec grand soulagement pour le malade.

A l'intérieur on peut, d'après MM. Einhorn et Heinz, administrer sans crainte l'orthoforme ou le chlorhydrate d'orthoforme à la dose de 0 gr. 50 centigrammes à 1 gramme, répétée plusieurs fois par jour.

### LE TRIBROMURE DE SALOL

M. le docteur Rosenberg (de Berlin) a expérimenté récemment un corps nouveau, le tribromure de salol ou *cordol*, auquel il attribue une action à la fois narcotique et hémostatique. C'est une poudre blanche, inodore et insipide, insoluble dans l'alcool et l'éther, mais très soluble dans l'acide acétique et le chloroforme. On la prescrit en cachets à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 2 grammes.

Des essais institués avec le tribromure de salol par M. le docteur G. Dassonville dans le service de M. le docteur Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, ont confirmé les assertions de M. Rosenberg relativement aux propriétés thérapeutiques de cette substance. Notre confrère a effectivement constaté que le cordol est un bon hypnotique, susceptible de procurer un sommeil réparateur même dans les cas où il existe de la douleur. La dose à employer dès le début pour amener sûrement le sommeil est de 2 grammes ; ensuite on peut l'abaisser à 1 gramme, attendu que l'effet narcotique du cordol est persistant.

M. Dassonville a pu aussi vérifier l'action hémostatique du cordol — auquel M. Rosenberg a eu recours avec succès dans le traitement des ménorrhagies — chez une femme dont les règles venaient de s'établir au moment où le médicament lui fut administré pour combattre une insomnie rebelle. Quelques heures plus tard le flux cataménial s'arrêtait. Il importe d'ajouter que chez cette malade la menstruation était toujours régulière et durait plusieurs jours.

(*Semaine médicale.*)

### LE XÉROFORME

Encore un nouvel antiseptique. On pourrait, paraît-il, le substituer à l'iodoforme. Voici les renseignements que nous donne à ce sujet M. Lévêque dans la *Revue odontologique* :

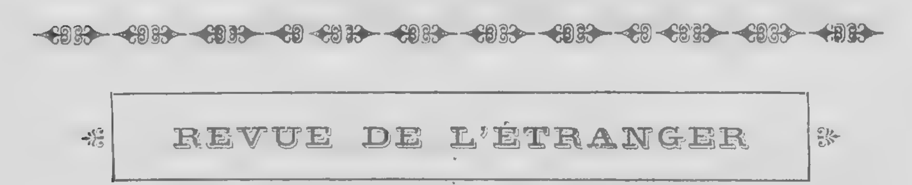
Le xéroforme nous apparaît sous forme d'une poudre très fine de couleur jaune. Il est insoluble, insipide, ne dégageant qu'une très faible odeur de phénol. Il est en outre neutre et stable et ne se décompose qu'au delà de 120° centigrammes.

C'est tout à la fois un agent antiseptique antizymotique et dessiccant, mais son action vis-à-vis des plaies ne se fait sentir qu'après son dédoublement.

Hueppe l'aurait administré à l'intérieur, et avec succès, dans des cas de choléra asiatique, à la dose quotidienne de 5 à 7 gr. Mais c'est surtout à Heusse qu'il aurait donné de bons résultats dans les traitements des chancres mous, simples ou phagédéniques, des plaies infectées, des panaris, bubons suppurés, ulcères, etc. Ce serait aussi dans le pansement des brûlures un analgésique au moins aussi puissant que l'iodoforme, et il serait même supérieur à ce dernier en ce qu'il ne provoquerait sur le voisinage des plaies ni irritation ni inflammation.

Le xéroforme est d'un mode d'emploi assez facile ; on peut l'appliquer en poudre ou à l'état de gaze xéroformée, en onguent ou pâte à 10 et 20 0/0 et de préférence en émulsion aux mêmes doses, car son mélange avec les graisses est moins favorable. Enfin à poids égal, ce composé occupant un volume deux fois plus grand que l'odoforme, et le prix de ces deux matières étant égal, on aurait même avantage pécuniaire à employer le xéroforme.

G. V.



## REVUE DE L'ÉTRANGER

### RÉSECTION D'UNE PARTIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

A l'hôpital « Middlesex » M. *Pearce Gould* a opéré un homme de 46 ans atteint d'un cancer épithélial qui impliquait la gencive au niveau de la dent molaire inférieure droite et une portion considérable de la joue. Il existait un ganglion tuméfié sous la mâchoire.

On fit une incision partant du côté droit de la symphyse le long du bord de la mâchoire et remontant sur le bord postérieur de la branche montante ; la peau fut librement réfléchie sur la face. Une incision fut alors faite sur le maxillaire à un quart de pouce de son bord inférieur et postérieur ; avec un instrument dental l'os fut foré à plusieurs endroits sur cette ligne et les portions intermédiaires furent divisées ; la mâchoire fut alors sciée au niveau de la dent canine qui avait été ôtée à l'avance et à travers le centre de la branche montante. La bouche fut ensuite largement ouverte et M. Gould divisa la muqueuse bien en dehors de l'infiltration et ôta les tissus affectés, ainsi que l'apophyse alvéolaire du maxillaire et le corps contigu de l'os et le ramus. Après arrêt de l'hémorrhagie la muqueuse du fond de la bouche fut cousue à

celle de la joue ; l'incision de la peau fut fermée, un drain étant passé de l'angle de la mâchoire dans la bouche.

M. Gould fait remarquer que l'opération qu'il vient de faire peut être critiquée à deux points de vue :

1° On peut objecter que, comme la tumeur avait affecté une portion considérable de la muqueuse de la joue, il aurait dû enlever toute l'épaisseur de la joue ; mais puisqu'il a trouvé que la peau pouvait facilement être soulevée et librement mobilisée sur la tumeur maligne, il pense qu'il est justifié de laisser la peau ; il a eu soin d'ailleurs d'enlever une bonne couche de tissu à l'entour de l'infiltration maligne.

2° On peut encore objecter que, comme la tumeur avait envahi le maxillaire inférieur, l'épaisseur entière de l'os aurait dû être enlevée, l'expérience démontrant que l'ablation de la portion alvéolaire de la mâchoire ne donne point de bons résultats dans de pareils cas ; mais l'opération qu'il a faite est beaucoup plus étendue et a compris l'ablation de l'épaisseur entière de l'os à l'exception de son bord extrême. A son avis, il est très important de conserver ce dernier parce que non seulement le sujet est ainsi sauvegardé d'une trop grande difformité, mais encore qu'il garde la possibilité des mouvements de mastication.

M. Gould a eu soin de ne pas détacher le périoste de cette couche osseuse amincie ; il espère que les sutures de la muqueuse et celles de la peau tiendront en place et que cette petite bande d'os sera bientôt enfouie dans des tissus mous qui en assureront la vitalité. La perte de sang à l'opération fut faible.

Le plus grand danger à craindre est la broncho-pneumonie septique, à laquelle rien ne prédispose plus que le passage du sang dans les poumons au moment de l'opération, accident qu'il croit avoir entièrement empêché dans le cas actuel. Pour l'avenir, on devra s'efforcer de prévenir toute décomposition putride dans la bouche ; dans ce but cette cavité sera lavée toutes les 2 heures avec une solution antiseptique. Le malade sera nourri au moyen d'un long tube en caoutchouc dont il a déjà fait usage, de manière à préserver la plaie du contact des aliments. C'est une précaution très utile, dans les opérations sur la langue et le maxillaire inférieur, que d'instruire les malades, avant l'opération, de la manière de se laver complètement la bouche et de se nourrir avec la sonde, de façon à prévenir une multitude d'inconvénients à un moment où il est de la plus grande importance que la tranquillité du malade soit absolue.

Le malade a fait une excellente convalescence ; il peut s'asseoir sur son lit et prend facilement de la nourriture. La plaie est entièrement fermée, excepté le long du drain.

### STOMATITE BLENNORRHAGIQUE

M. Ahlfeld, dans le *Corresp. Blatt., f. schweiz. Aerzte*, n° 22, p. 710, du 15 novembre 1896, a publié le cas d'un enfant qui, dans la première semaine de la vie, a été affecté de stomatite blennorrhagique.

L'affection siégeait particulièrement sur la ligne médiane de la voûte palatine, où il s'était formé au début un enduit d'un jaune intense composé de gonocoques. Au bout de cinq jours, tout était rentré dans l'ordre, sans que cette affection eût touché l'état général.

# LIVRES ET REVUES

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE[1]. (*Suite.*)

— **Marcus** (R.) Versuche über Elektro-Guajäcol-Anästhesie. Deutsche med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1897, xxiii, Therap. Beil., 14. — **Martin** (G. S.) Why do amalgam fillings so frequently fail? Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 96. — **Martinez Vargas** (A.) Un caso de saco dentario extraalveolar en un niño recién nacido. Arch. de ginecop., Barcel., 1896, ix, 745-749. — **Mathé** (L.) A foghuzás indicatiójáról gyökérgyuladás esetén. [Indication for pulling a tooth in a case of inflammation of the root.] Gyógyászat, Budapest, 1897, xxxvii, 62-65. — **Meyjes** (W. P.) Angina epiglottidea anterior. J. Laryngol., Lond., 1897, xii, 111. — **Mirto** (F.) Contribuzione allo studio della influenza trofica dei nervi sensitivi (linguale). Arch. di ottal., Palermo, 1896-7, iv, 191-201. — **Morrisson** (William Newton.) [1842-1896.] In memoriam. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 155-157. — *Idem :* Dental Reg., Cincin., 1897, li, 101-104. — **Morrison** (William Newton.) [1842-1896.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 264. — **Morton** (W. J.) Guajacol-Cocaïn Kataphorese und örtliche Anästhesie, Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 11-18. — **Moyer**. Combination fillings. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 86. — **Newman**. Epithelioma of the left tonsil removed by lateral pharyngotomy and by division of the jaw in front of its angle. Glasgow M. J. 1897, xlvii, 137-139. — **Nichols** (J. E. H.) The sequelæ of syphilis in the pharynx and their treatment. Tr. Am. Laryngol. Ass., N. Y., 1897, 161-168. [Discussion], 176-181. — **Niemeyer** (H.) Ein Fall von Durchbruch des rechten oberen grossen Schneidezahnes durch Lippe in späterem Lebensalter. Deutsche Monatsschr. f. Zahnh., 1897, xv, 49-55. — **Pakes** (W. C. C.) The bacillus of Friedlaender in pharyngitis and tonsillitis. Brit. M. J., Lond., 1897, i, 715. — **Partsch (C.). und Perlinski**. Dritter Bericht der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten des zahnärztlichen Instituts der Königl. Universität Breslau. Deutsche Monatsschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 11-22 ; 55-75. — **Patterson** (J. D.) Peculiar pathological perceptions. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 111-116. — **Port**. Ein aseptischer Instrumententisch. Deutsche Monatsschr. f. Zahnh., Leipz., 1887, xv, 82. — **Porter** (W.) Primary erysipelas of the pharynx. Tr. Am Laryngol. Ass., N. Y., 1897, 43-46. — **Potter** (E. F.) Transillumination in the diagnosis of empyena of the antrum of Highmore. Brit. M. J., Lond., 1897, i, 652. — **Price** (W. A.) Relative efficiency of various current-controllers for cataphoresis. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 49-63. — *Idem*: Dental Reg., Cincin., 1897, li, 76-92. — **Prinz** (H.) About the action of arsenious acid upon the tooth-pulp. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 185-108. — **Pruyn** (C. P.) Optimism and pessimism in dentistry. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 95-99. — **Rankin**

1. Cette partie est principalement puisée dans le *Cosmos*.

(D. N.) A case of gunshot wound of the parynx. — Tr. Am. Laryngol. Ass., N. Y., 1897, 132-134. — **de Roaldes** (A. W.) A remarkable case of fibrochondroma of brachial origin (pharyngeal terotoma) removed from the throat of an infant six weeks old. N. York M. J., 1897, lxv, 179-181. — **Rogers** (J. T.) Tumors of the upper jaw and their operative treatment. Northwest Lancet, St. Paul, 1897, xvii, 70-73. — **Rose** (H.) Artificial dentures. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 106-111. — **Ross** (F. J.) Porcelain work. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 41-47. — **Roughton** (E. W.) Oral surgery. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 97-106. — **Schaeffer-Stuckert.** Zahnaufnahmen mit Röntgenstrahlen. Deutsche Monatsschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 1 10 ; 1 pl. — **Schenk** (F.) Die erste Anlage des Unterkiefers und der Zahnalveolen. Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wissensch. Math.-naturw. bl., Wien, 1896, cv, 213-225, 1 pl. — **Shands** (A. R.) Case of harelip complicated with intermaxillary fissure. Virginia M Semi-Month., Richmond, 1896-7, i, 647-649. — **Silk** (J. F. W.) A question for anæsthetists; pneumonia after surgical operations ; an anæsthetist's point of wiew. Lancet, Lond., 1897, i, 804. — **Smith** (W. P.) Soft gold. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 49 51. — **Somers** (L. S.) A study of the lingual tonsil. Laryngoscope, St. Louis 1897, ii, 160 170. — **Sparks** (R. E.) The dental preceptor. Dominion Dent. J., Toronto, 1897, ix, 87-92. — **Stack** (R. T.) Touch bulbs in dentine. J. Brit. D. Ass., Lond., 1897, xviii, 92 96. — **Sticker** (G.) Ein einfaches Verfahren grössere Mengen von Mundspeichel zu gewinnen. München med. Wchnschr., 1897, xliv, 227. — **Swain** (H. L.) Some remarks on acute disease of the lingual tonsil. Tr. Am. Larangol Ass., N. Y., 1897, 24-37. — **Szenes** (Z.) A fogbetegségek beloyásáról a hallás szervére. [The influence of diseases of the teeth on the organs of hearing.] Gyógyászat, Budapest, 1897, xxxvii, 50-52. — **Thompson** (A. H.) Identification by means of the teeth. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 227-232. — **Torger.** Ein kleiner Beitrag zur Frage der localen Anästhesie. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 19-23. — **Vajna** (W.) Papierscheiben-Declinator zum leichten und präcisen Finiren der Contur Goldfüllungen. Deutsche Monatsschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 76-81. — **Van Woert** (F. S.) Compatibility between tooth bone and filling materials. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 96 101. — **Wagner** (H. L.) Seropurulent maxillary sinusitis in chronic lead poisoning. Tr. Am. Laryngol. Ass., N. Y., 1897, 16-19. — **Waldés** (J.) Historia de la prótesis dental. Correo Internac. Odont., Madrid, 1896-7, 299 303. — **Walton** (J. C.) The fate of associations. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 10-19. — **Waterhouse** (H. F.) Tertiary syphilitic perforation of the soft palate. Clin. J., Lond., 1896-7, ix, 315. — **Webster** (C. P.) The acid treatment of root canals. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 107 109. — **Weir** (R. F.) On the replacement of a depressed fracture of the malar bone Med. Rec., N. Y., 1897, li, 335. — **Wheeler** (N. H.) Necrosis of the maxillaries. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 385-387. — **Whitehouse** (W.) The judicious extraction of the first permanent molar. Brit. M. J. Lond., 1897, i, 521. — **Williams** (J. L.) A contribution to the study of pathology of enamel. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 169 197. — **Wilson** (G. H.) Dental legislation. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 53-62. — **Wood** (W. L.) Disease of the antrum. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 49-53. — **Woodhouse** (W. B.) Rest. Dental Rec., Lond., 1897, xvii, 52-58. — **Wyeth** (J. A.) Disarticulation and excision

of the lower jaw entirely from within the mouth (without a scar). Med. Rec., N. Y., 1897, li, 400. — **X**. Indicacionés y reglas térapeuticas generales en las caries dentarias. Correo Internac. Odont., Madrid, 1896-7, 303-308.

# Documents Professionnels

## CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

*Session de Paris*, 28, 29 *et* 30 *octobre* 1897.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que le bureau du Congrès a nommé M. Damain, le sympathique directeur de l'Ecole Odontotechnique, Président honoraire du Congrès de Paris.

Le nombre d'adhésions reçues et les communications annoncées nous font prévoir que cette réunion aura un véritable succès. Les nécessités de la mise en pages ne nous permettent pas aujourd'hui de publier la liste des adhérents non plus que celle des communications, mais ces listes figureront dans notre prochain numéro.

Nous invitons les retardataires à ne pas attendre le dernier moment pour envoyer leur adhésion, et nous rappelons que les communications reçues en temps utile seront imprimées et distribuées avant l'ouverture du Congrès.

La cotisation, fixée à 15 FRANCS, donne droit au compte rendu des travaux du Congrès. Les souscriptions doivent être adressées au trésorier : *M. Stévenin, boulevard Haussman, 138*, Paris.

Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à *M. de Marion*, l'un des secrétaires, 21, rue Tronchet, Paris.



# NÉCROLOGIE

M. Berthaux, notre confrère de Soissons, toujours si dévoué aux intérêts et aux progrès de la profession, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, âgée de 74 ans, après 57 ans de mariage.

Mme Berthaux avait exercé l'art dentaire pendant 45 ans, et comme à l'époque de ses débuts dans cette carrière on y comptait bien peu de dames, on peut dire en quelque sorte qu'elle était la doyenne des dentistes-femmes de France.

Nous exprimons à M. Berthaux nos regrets très profonds de la perte qu'il éprouve, et nous prenons une vive part à son affliction.



# NOUVELLES

L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE.

Une décision judiciaire intéressant particulièrement les dentistes vient d'être rendue par le tribunal correctionnel de Liège. Un sieur V..., mécanicien-dentiste de cette ville, était poursuivi par la Commission médicale provinciale pour avoir pris l'empreinte d'une dent et posé une fausse dent. Il soutenait qu'il pouvait pratiquer librement ces opérations. Le tribunal a jugé, conformément du reste à un arrêt précédent de la Cour d'appel, que semblables opérations ne pouvaient être exécutées que par un dentiste diplômé: il a condamné conditionnellement le sieur V... à 50 fr. d'amende.

---

ERRATUM

Une erreur d'impression s'est glissée, page 185, dans le n° du 15 septembre de l'*Odontologie*.

*Il faut lire:* M. F. NAGY, *au lieu de:* M. Feblagy.

---

## BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

### CONSEIL DE DIRECTION.

*Réunion du 1er avril* 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Monnet, Papot, Prével, Viau.

Il est donné lecture du procès-verbal, qui est adopté.

*M. Chauvin* s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

*M. Papot* rend compte des examens théoriques de 3e année subis à la session supplémentaire de mars ; il propose, en conséquence, de décerner le diplôme à M. Schwartz.

Diverses observations sont présentées par MM. Viau, Papot, Godon, d'Argent, Martinier et Monnet.

La proposition de M. Papot est adoptée.

*M. Papot* propose, au nom de la Commission scolaire, l'admission en 3e année du Dr Videucich et l'admission comme étudiant libre du Dr Jahn.

Ces admissions sont prononcées.

*M. Martinier* donne lecture d'une lettre de M. Poinsot exprimant des remercîments au Conseil pour sa nomination comme professeur honoraire.

*M. Godon* dépose sur le bureau les lettres suivantes :

1° De M. Billebaut, s'excusant de ne pouvoir faire son service de démonstrateur le 2 avril;

2° Du Dr Altoukoff, de Moscou, demandant des renseignements bibliographiques ;

3° De l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart relativement au cours de la 3e série ;

4° De Mme G. M. d'H...;
5° De M. B..., de Constantinople;
6° De M. N..., du Caire, demandant divers renseignements.
Dépôt de diverses circulaires.

L'ordre du jour appelle la question du changement de local.

*M. Godon* fait connaître les diverses phases qu'a subies cette question depuis la dernière réunion du Conseil.

*M. Lemerle* donne lecture, au nom de la Commission du local, d'un rapport concluant à la location d'un immeuble sis 45, rue de La Tour-d'Auvergne, pour une durée de 30 ans, moyennant un loyer annuel avec promesse de vente réalisable dans un délai de 15 ans. M. Lemerle présente les plans et les accompagne des explications nécessaires.

*M. Godon* remercie, au nom du Conseil, M. Lemerle de la peine qu'il a prise dans toute cette affaire.

La discussion générale est ouverte.

MM. Bonnard, Lemerle, d'Argent, Monnet, Godon et Viau y prennent part.

La clôture de la discussion générale est mise aux voix et prononcée.

Le projet est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. Bonnard, qui déclare préférer continuer pendant une année environ la location rue Rochechouart au prix proposé par le propriétaire.

*M. Godon* fait connaître que, le Conseil venant de prendre une décision ferme, les notaires vont se mettre immédiatement en rapports pour préparer l'acte, acte qui sera signé par M. d'Argent, trésorier, au nom de la Société civile qui seule est responsable vis-à-vis du propriétaire de l'immeuble.

Le choix fait par la Commission du local de M. Jean Yver, notaire, pour représenter les intérêts de la Société, est ratifié par le Conseil.

*M. Lemerle* donne lecture des principales clauses que contiendra le bail.

Ce projet de bail est adopté.

Une assemblée générale étant nécessaire pour approuver et réaliser le projet, cette assemblée est fixée au mardi 6 avril. Le Conseil lui demandera pleins pouvoirs pour traiter, et c'est après l'approbation de cette assemblée que M. d'Argent signera l'acte.

La séance est levée à 11 h. 10.

*Le Secrétaire général,*
P. MARTINIER.

*Réunion du 27 avril* 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent Löwenthal, Martinier, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez.

Il est donné lecture du procès-verbal.

Sous réserve des observations présentées par MM. d'Argent, Papot et Godon, le procès-verbal est adopté.

*MM. Lemerle* et *Viau* s'excusent par lettres de ne pouvoir assister à la séance.

*M. Godon* fait connaître que, le mois d'avril étant l'anniversaire de la mort de Paul Dubois, il a été consacré à celui-ci un article en tête du journal. Il fait part de la mort de M. Magitot, dont il retrace en quelques mots la vie professionnelle.

*M. Papot* demande l'admission comme membre de la Société de M. Léon Richard-Chauvin, présenté par M. Richard-Chauvin et lui-même. — Renvoyé au conseil de famille.

Il soumet, au nom de la Commission scolaire : 1° une demande de Mme P., qui a eu 11 inscriptions en 1895, tendant à subir l'examen. — Accordé.

2° Une demande de M. P., qui a échoué, en 1895, aux examens de fin de 2e année, demande tendant à subir l'examen cette année. — Accordé, sauf avis du trésorier.

3° Une demande d'admission en 3e année de Mlle Rivkina. — Accordé.

Il demande à cet égard qu'on fixe au 1er mai la limite de l'admission à l'Ecole pour subir l'examen en juillet.

Une discussion s'engage ; MM Godon, Richard-Chauvin, d'Argent, Martinier y prennent part. Il est décidé finalement qu'il ne sera plus admis d'élèves cette année à partir du 1er mai pour l'examen de juillet.

La Commission scolaire est chargée d'étudier la question pour les années suivantes.

*M. Papot* donne lecture d'un rapport de la dite Commission sur le programme des examens.

Après observations de MM. *Bonnard* et *Martinier* ce rapport est mis aux voix et adopté.

*M. Godon* dépose sur le bureau 15 lettres diverses, dont l'une de la direction de l'amphithéâtre de Clamart, une autre au sujet des bons de travaux, une 3e de l'Exposition de Bruxelles ; les autres contiennent des demandes de renseignements.

Il dépose également les affiches et avis, dont l'un est relatif au nouveau service de prothèse.

Il dépose enfin les bulletins journaliers et les feuilles de présence et d'absence du corps enseignant.

*M. Papot* présente une demande d'admission avec réduction à 150 fr. des droits de scolarité, formée par M. L...

Après observations de MM. Prével, Papot et Godon, cette demande est repoussée.

Un congé est accordé, sur sa demande, à l'élève Tanacaki.

*M. Godon* dépose une plainte formulée par un malade.

Il rend compte de la séance tenue le 30 mars par le Conseil du corps enseignant.

L'ordre du jour appelle le rapport de la Commission du local sur l'installation de l'Ecole dans l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne.

*M. d'Argent* fait connaître l'état de la question actuellement.

*M. Labro*, architecte, auteur du projet, est introduit et expose l'économie de celui-ci, en présentant les plans.

*M. Godon* fournit des explications complémentaires.

Des observations sont présentées par MM. Bonnard, Papot, Richard-Chauvin, d'Argent, à la suite desquelles le Conseil adopte les grandes lignes du projet, laissant de côté toutes les questions de détail relatives à l'installation, l'aménagement, etc.

Le chiffre de la dépense nécessaire pour les travaux est également adopté après explications de MM. *d'Argent* et *Godon*, ainsi que celui nécessaire à l'installation intérieure.

Sur la proposition de M. *d'Argent*, il est donné pleins pouvoirs au bureau et à la Commission du local pour l'approbation des plans d'installation.

La séance est levée à 11 heures.

*Le Secrétaire général,*
P. MARTINIER.

*Réunion du mardi 25 mai 1892.*

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Viau.

*M. Martinier* donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

*M. Godon* annonce la mort de M. Chrétien, un des fondateurs et un des souscripteurs de l'Ecole ; l'Ecole était représentée à ses obsèques et une couronne avait été envoyée en son nom.

Il donne lecture d'une lettre de remercîments de M. le Dr Chrétien, fils du défunt, pour les témoignages de sympathie qui lui ont été donnés au nom de l'Ecole.

*M. Papot* présente des observations au sujet de l'ignorance où se trouvent d'ordinaire les membres du Conseil du décès des membres de la Société. Il demande que, quand un décès surviendra, tout le Conseil en soit averti aussitôt par des télégrammes expédiés par les soins du Secrétaire général.

*M. Martinier* désire qu'on revienne au tableau de roulement d'après lequel il y aurait toujours un délégué du Conseil à toutes les cérémonies de ce genre ; ce délégué serait prévenu le premier, les autres membres seraient avisés ensuite.

Ces deux propositions sont successivement mises aux voix et adoptées.

*M. Godon* fait part du décès de Mme Henriet, mère de Mme Papot, aux obsèques de laquelle l'Ecole était représentée, et une couronne avait été envoyée.

*M. Papot* remercie de ces marques de sympathie, au nom de sa famille et au sien.

*M. Godon* fait part également du décès de MM. Guigues et Riobet, membres de la Société.

Il donne lecture d'une lettre du Conseil de famille au sujet d'une question soulevée par M. X..., de Genève.

M. le Secrétaire général est chargé d'informer ce dernier que l'affaire ne peut pas avoir de suite.

*M. Godon* donne lecture de la démission écrite de M. Aufrand Armstrong.

Après observation de M. Papot, cette démission est renvoyée au Trésorier pour avis.

*M. Godon* communique une lettre d'excuse de M. Monnet.

Il dépose sur le bureau la série de lettres échangées depuis le dernier Conseil, série dont M. Martinier donne la nomenclature.

Ce dernier lit une lettre de l'élève de 3e année B... qui réclame la restitution de ses pièces. -- Renvoyé au Trésorier.

*M. Martinier* lit également une lettre de l'élève G... demandant le report à l'année 1897-1898 des droits de scolarité versés par lui pour 1896-97. — Accordé.

*M. Lemerle* dépose sur le bureau l'ensemble de la correspondance à laquelle a donné lieu la location de l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne.

*M. Godon* annonce qu'un premier classement des archives a été opéré et qu'il va être procédé ensuite à l'inventaire des pièces.

*M. Papot* fait connaître qu'il a reçu une lettre de M. Mahé relative aux conditions d'examen des élèves de 3e année.

Il demande l'admission de M. Léon Richard-Chauvin, présenté le 27 avril, par M. Louis Richard-Chauvin et par lui-même. — Adopté.

*M. Martinier* donne lecture d'un rapport relatif à la délivrance des inscriptions. — Approuvé.

*M. Godon* propose, au nom du bureau et de la Commission du local, la nomination d'un Conseil technique de deux architectes chargés de la vérification des plans de construction et d'installation du nouvel immeuble dressés par l'architecte de l'Ecole, M. Labro, et de l'examen des différentes questions relatives audit immeuble ; ce Conseil comprendrait, en outre, ce dernier, plus la Commission du local.

Cette proposition est adoptée.

MM. Alfred Monjauze, architecte diplômé du gouvernement, présenté par M. d'Argent, et Raban, architecte, présenté par M. Godon, sont successivement désignés pour faire partie de ce Conseil.

Une discussion s'engage sur la façon dont ce Conseil, et plus spécialement ces deux architectes, procéderaient. MM. *D'Argent*, *Godon*, *Viau et Papot* y prennent part.

*M. Richard-Chauvin* donne lecture d'un rapport concluant à infliger 15 jours d'exclusion à l'élève X..., pour avoir reçu une rémunération d'une patiente à laquelle il donnait ses soins à la clinique.

Une discussion s'ouvre à ce propos. MM. *Chauvin*, *Godon*, *de Marion*, *Martinier*, *Lemerle et Papot* y interviennent. Il est prononcé contre l'élève en question une exclusion de deux mois, et l'ajournement de son examen au mois d'octobre.

Après observations de MM. *Richard-Chauvin* et *de Marion*, la question des notes données en 3e année par les démonstrateurs est renvoyée à la Commission d'enseignement.

L'ordre du jour appelle l'adoption des modifications à apporter à la brochure de 1897-1898.

Diverses observations sont formulées à cet égard par MM. *Godon*, *Papot*, *de Marion*, *Lemerle*, *Martinier*, *d'Argent*.

Les décisions suivantes sont prises :

1° Le format sera le même, l'imprimeur aussi ;

2° Le surveillant général remettra à chaque professeur, le jour de son cours, une lettre du Secrétaire général le priant de compléter sur l'épreuve le programme de ce cours ;

3° Il sera publié une brochure à part, contenant les documents officiels intéressant l'art dentaire, les avis de la Faculté et le règlement intérieur de l'Ecole, pour être mise à la disposition des élèves au prix de 1 franc (proposition de M. Papot) ;

4° Il sera admis des élèves en 3e ou en 4e année ;

5° Il sera réclamé 5 francs pour le prix de location des casiers ;

6° L'article 28 est supprimé (proposition d'Argent) ; ce numéro est donné à l'alinéa précédent (proposition Papot) ; il est ajouté un article 29 (proposition d'Argent) ;

7° Toutes les punitions seront transcrites sur un registre, pour constituer une sorte de code pénal (proposition Lemerle).

*M. Papot* donne lecture, au nom de la Commission d'enseignement, d'un projet de concours pour deux places de professseurs suppléants de clinique, trois de chefs de clinique, trois de démonstrateurs de dentisterie opératoire, et deux de prothèse. — Adopté.

La séance est levée à minuit et quart.

*Le Secrétaire général,*
P. MARTINIER.

---

DERNIÈRE HEURE

**Vendredi 1er octobre, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole, conférence et démonstrations par le docteur Bonwill, de Philadelphie.**

17e ANNÉE. N° 13. 15 OCTOBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

## BULLETIN MENSUEL

### A. G. D. G.

Décidément, si la littérature officielle m'inspire un respect toujours croissant, par un phénomène bizarre elle me convainc de moins en moins.

Vous savez, n'est-ce pas, qu'avec une logique à laquelle on ne peut strictement rien trouver à redire, on a obligé la Faculté, en vertu de la loi sur les jurys mixtes, à exclure du jury du troisième examen les professeurs des Ecoles dentaires libres? Vous savez sans doute aussi que le Syndicat des chirurgiens-dentistes avait adressé, il y a quelque temps, au ministre de l'Instruction publique, une pétition demandant à ce que figurassent dans ce jury des *chirurgiens-dentistes pris en dehors des Ecoles dentaires*?

Pourquoi *pris en dehors des écoles*, vous demanderez-vous? — Cela, c'est encore une des beautés de la législation que l'Europe, paraît-il, continue à nous envier. De par la loi précitée, un professeur enseignant dans une école libre ne pouvant faire partie d'un jury officiel, il s'ensuit que si deux chirurgiens-dentistes concourent simultanément dans une école dentaire pour un poste de professeur, celui qui l'emporte perd *ipso facto* aux yeux de l'Etat la capacité de devenir éventuellement examinateur, tandis que le blackboulé (le fût-il honteusement) reste digne de cette fonction, au même dégré... ou même un peu plus qu'auparavant, peut-être. En vérité, cela vous paraît sans doute une... comment dirai-je?... une imperfection; mais une de plus ou de moins!... En tous cas, cela n'est pas la faute au Syndicat, et il faut bien reconnaître que sa demande, excellente en soi, répondait parfaitement à l'esprit en même temps qu'à la lettre de la loi.

M. le Ministre a répondu à cette pétition par la lettre que vous avez lue dans le numéro du 30 août, et dont je vous rappelle les dernières lignes : «... Il a été décidé, après entente avec l'administration de l'Assistance publique, que les épreuves cliniques du troisième examen seraient subies dans les hôpitaux, et que le jury comprendrait les chefs des services dentaires hospitaliers. Cette combinaison me paraît de nature à offrir aux candidats les plus sérieuses garanties ».

C'est cette phrase que, si vous le voulez bien, nous allons admirer ensemble.

« Hôpitaux... chefs des services dentaires hospitaliers... les plus sérieuses garanties. » Bien et bientôt dit, *cito et jucunde*, comme disait mon professeur de cinquième. Je ne ferai certes pas au Grand Maître de l'Université l'injure de louer la perfection de la forme, mais il y a cependant là une gradation ascendante du plus puissant effet que je ne peux pas ne pas admirer : « Hôpitaux !... chefs des services hospitaliers !!... les plus sérieuses garanties !!! » Il n'y a pas à dire, les prémisses emportent la conclusion brutale, convaincante, écrasante, et je me sens sur le point de balbutier comme Géronte : « Pardonnez-moi, je ne savais pas tout cela ! »

Sérieuses garanties... c'est évident, évident, oui.... évident ; mais... mais quoi ?

— Il y a que je me demande si, dans cette partie de sa lettre, M. le Ministre n'a pas été inconsciemment victime de la tendance naturelle qu'ont les esprits cultivés à la généralisation, et s'il n'a pas, sans y prendre garde, abusé de la forme littéraire que, grammaticalement, on appelle, je crois, extension ; s'il n'a pas, en un mot, confondu, dans un égal tribut d'éloges, un ensemble de praticiens universellement connus et un petit groupe qui fait dans cet ensemble une remarquable exception, ou plus exactement : qui ne fait *qu'en apparence* partie de cet ensemble.

Que les services hospitaliers, médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux, que les titulaires de ces services offrent à tous égards les plus sérieuses garanties, c'est là un fait hors de conteste ; mais qu'on englobe dans la même appréciation les services dentaires, c'est là, encore une fois, une extension illégitime.

Et cela pour cette raison primordiale, et archiconnue d'ailleurs, que les titulaires des services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux n'arrivent à ces postes qu'après une longue et pénible série de concours où le nombre des places diminue dans la même proportion que s'élève la difficulté des épreuves : externat d'abord, puis internat, clinicat pour quelques-uns, enfin hôpitaux ; qu'à ces titres un certain nombre ajoutent encore : l'adjuvat, le prosectorat, l'agrégation ; et qu'en regard de ces garanties indubitables, tangibles, le corps hospitalier dentaire offre : *rien, absolument rien.*

Je ne veux froisser injustement personne, mais en toute vérité j'ose dire qu'un dentiste des hôpitaux, qui n'est nullement assimilable à un médecin, à un chirurgien, à un accoucheur des hôpitaux, se rapproche au contraire quelque peu, je lui en demande bien pardon, du masseur qui exerce dans le même établissement que lui.

Moi, si j'étais stomatologiste, je passerais peut-être sur ce voisinage fâcheux et ne ferais peut-être pas plus la petite bouche que les autres, mais il est un point sur lequel je crois que je demeurerais perplexe ; c'est celui-ci : la conscience que j'aurais alors de ma valeur personnelle m'imposant impérieusement le devoir de jeter le discrédit, auprès de la clientèle et des pouvoirs publics, sur ces praticiens qui, sans être munis du même diplôme que moi, ont cependant l'outrecuidance de prétendre exercer la même profession

que moi-même et d'en tirer les mêmes bénéfices, je me demande comment je pourrais faire entendre à ma conscience, si délicate et si susceptible, que je puisse, moi, accepter le titre et les bénéfices de membre du corps hospitalier, alors que je saurais quel abîme me sépare de ceux qui le sont réellement?

Si je trouve quelque jour la solution de ce problème psychologique, je vous la communiquerai.

Pour aujourd'hui, je vous demande pardon de cette digression et j'en reviens à mon sujet. Nous savons du reste, n'est-ce pas, que le critérium sur lequel s'appuie le recrutement du corps dentaire hospitalier diffère sensiblement de celui qui préside à la nomination des autres chefs de service.

Parmi les hommes éminents qu'il renferme, il en est un dont le nom sonne comme une fanfare et qui, dégoûté de la station thermale où il exercait, résolut de ne plus manipuler d'arsenic que pour la dévitalisation de la pulpe (et probablement aussi pour l'insensibilisation de la dentine), et à qui cette sage détermination suffit à valoir un poste de « chef de service[1] ».

Un autre, issu de je ne sais quel trou de province où il végétait tristement, vint à Paris, et se trouva dès les premiers jours de son arrivée bombardé également « chef de service ». L'*Odontologie* a, dans le temps, gracieusement offert sa publicité aux travaux scientifiques que cette transformation nous valut et qui se composèrent exclusivement d'articles littéraires publiés à la quatrième page de journaux à 5 *centimes*.

Celui-là est un seigneur de peu d'importance, on l'a relégué dans l'hôpital le plus périphérique qu'on a pu trouver. Mais je vous en présente un autre qui jouit dans son milieu d'une considération méritée. Récemment il découvrit les propriétés de l'air chaud et les exposa dans un mémoire magistral qui n'eut pas néanmoins, je dois le reconnaître, le pouvoir de convaincre son chef de file, lequel concluait après une longue discussion : « Mais enfin, qu'est-ce que l'air chaud ? Je le demande à M. Huntel ». Ce fut lui aussi qui démontra expérimentalement que les liquides peu solubles dans l'eau imprégnent mal les substances humides. Ce fut lui enfin qui donna à cette carie d'une prémolaire les soins éclairés dont le résultat immédiat et concluant fut cette nécrose étendue du maxillaire supérieur dont un de nos confrères nous parla dans une des dernières séances de la *Société d'Odontologie.*

Dans un de nos grands hôpitaux du centre de Paris, le « chef » est assisté et suppléé par un « chef de clinique ». Etant donné le mode selon lequel on procède au choix des chefs de service, vous pouvez induire que ce « chef de clinique » n'est que de très loin comparable aux hommes qui, sans être encore des autorités, mais déjà connus pour leur valeur et leurs travaux, occupent dans les autres services hospitaliers un poste du même nom, poste qui fut

---

1. Dans plusieurs de ces « services », et notamment dans celui-là, le « service » se compose du « chef ».

le plus souvent l'étape de gens dont les noms font époque dans l'histoire de la médecine. — Cela s'entend de soi, mais il vous semble sans doute également évident que, avec le dédain méprisant qu'affectent les stomatologistes pour ceux qui ne sont pas médecins, ils aient à cœur de ne pas confier leur poste à quelqu'un qui ne toucherait pas, de près ou de loin, au monde médical. Alors dites-moi où on est allé chercher le « chef de clinique » ? Je vous le donne en mille. — C'est un Docteur, naturellement ? — Oh ! non, ni même un officier de santé. — Un interne alors ?... un externe pour le moins ?... — Non ! — Mais alors... serait-ce ?... — Eh, oui ! c'est un vulgaire dentiste, comme vous et moi, mes frères, qui exerce quelque part dans le voisinage, au coin du quai, et qui n'en est pas moins gratifié, pour plusieurs années, du titre de chef de clinique des hôpitaux de Paris !

Voilà pour le personnel.

Des locaux je ne vous parlerai pas longuement aujourd'hui et me bornerai à vous rappeler ce témoignage d'une autorité qui n'est pas suspecte en la matière : « que ce serait à rougir si jamais un étranger y pénétrait ».

Comme on ne peut bien parler de ce qu'on connaît d'un peu près, je veux vous raconter ce qu'il advint à un de nos bons amis quand il voulut préparer et passer son troisième examen de chirurgien-dentiste. Nous verrons ainsi sur le vif ce que sont, au point de vue de cet examen, les services et les chefs des services dentaires hospitaliers auxquels M. le Ministre vient de décerner un brevet qui se trouve être, contrairement à l'usage établi, *avec garantie du gouvernement.*

Mais comme cette causerie est déjà longue, je vous demande la permission de remettre la suite au prochain numéro.

JEAN SIVE.



## Travaux Originaux

### ACTION DE L'ACIDE ARSÉNIEUX SUR LA PULPE DENTAIRE

*Dissertation de concours pour le poste de professeur suppléant de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris,*

PAR M. D'ARGENT.

Lorsqu'il a été reconnu que les altérations anatomiques qui sont la conséquence de la dénudation et de l'inflammation de la pulpe ont pris trop d'extension pour que le traitement dit « *conservateur de la pulpe* » puisse être employé avec efficacité, il ne reste plus qu'un moyen de sauver la dent et de supprimer les phénomènes

douloureux causés par la lésion pulpaire : *c'est de procéder à la destruction de la pulpe.*

Toutes les causes qui sont invoquées pour contre-indiquer le coiffage sont, au contraire, des indications de suppression de la pulpe. — La destruction de la pulpe dentaire comporte deux opérations, deux phases bien distinctes : 1° sa dévitalisation ; 2° son extirpation. — Nous ne nous occuperons que de la première division, qui fait l'objet de cette dissertation.

Divers procédés ont été successivement employés pour produire la dévitalisation de la pulpe et on a eu recours à de nombreux agents physiques, chimiques ou organiques, sur lesquels il nous paraît utile de dire quelques mots, avant de nous étendre sur l'agent de choix, ou plutôt les agents de choix : *les composés oxygénés de l'arsenic.*

Successivement on s'est servi d'acides minéraux : l'acide sulfurique, l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique ; mais ils n'épargnent pas les tissus durs de la dent et il a fallu les rejeter ; de plus, leur action est très douloureuse.

L'acide lactique, la créosote, qui amollissent les tissus durs, ne conviennent pas non plus ;

Le phénol a une action trop lente, et il faut trop de pansements pour détruire une pulpe par son seul usage ;

Les bases alcalines : potasse, soude, chaux, agissent en empruntant l'eau de composition des tissus et en saponifiant les graisses ; mais leur diffusion, cinq fois plus grande que leur surface d'application, rend leur emploi impossible ;

Le chlorure de zinc est un excellent caustique, qui ne fuse pas, qui cautérise profondément ; mais la douleur qu'il provoque est indescriptible et intolérable, et on est sans action sur elle ;

L'azotate d'argent est également un bon escarrotique, très avide d'albumine, mais son action est superficielle et douloureuse sur la pulpe ;

L'acide chromique, comme le précédent, n'a donné que des résultats imparfaits, et est très douloureux ;

Enfin, la cautérisation ignée, longtemps en usage, est aujourd'hui abandonnée, parce qu'elle fait subir un véritable supplice au patient, littéralement effrayé à son approche, et peu enclin à se faire soigner dorénavant les dents, après un semblable traitement.

Nous ne pouvons faire le même reproche aux composés oxygénés de l'arsenic, surtout lorsqu'ils sont employés judicieusement, c'est-à-dire concurremment à d'autres substances adjuvantes ou correctives.

Aussi sont-ils à peu près les seuls dont on se serve : ce sont l'acide arsénieux et l'acide arsénique.

Acide arsénieux : $AsO^3$

Polyonymie : arsenic blanc, arsenic, mort aux rats.

Corps solide, blanc, inodore, saveur nauséabonde, âcre, très véné-

Acide arsénique : $AsO^5$

Aucun synonyme.

Corps solide, blanc, inodore, saveur très acide, âcre, caustique ; beaucoup plus vénéneux, parce qu'il est beau-

neux ; — peu soluble 1/80 dans l'eau froide, ressemble à du sucre en poudre ; son antidote est la magnésie calcinée.

De préparation récente, il a l'aspect vitreux, il est hydraté ; plus tard il est porcélanique, déshydraté, et ce dernier état peut faire retour à la première manière en l'hydratant de nouveau.

coup plus soluble, et qu'ainsi une plus grande quantité du poison passe dans le sang.

De préparation récente, il est hydraté ; on le déshydrate par la chaleur ; rougit le papier bleu de tournesol.

En brûlant, l'acide arsénieux et l'acide arsénique répandent une forte odeur d'ail.

Ceci dit, quelle est donc l'action spéciale de ce produit, qui l'a fait préférer à tous les autres, pour la dévitalisation de la pulpe dentaire ?

L'acide arsénieux cautérise profondément les tissus en produisant une vive douleur ; *il n'agit que sur les chairs vives,* et il est nécessaire d'aviser avant son application le point à cautériser. Il produit une escarre, qui tombe du 15me au 20me jour.

Mais son action diffère totalement de celle des caustiques ordinaires : après avoir imprégné les éléments histologiques, il respecte leur structure, mais il s'oppose à l'échange de matériaux de nutrition, et provoque consécutivement une inflammation qui s'ulcère et sépare le vif de la partie mortifiée.

Il n'agit pas sur le cadavre. Pour que ces effets se produisent, il faut que la réaction vitale existe, tandis que les autres caustiques chimiques n'épargnent rien, détruisant aussi bien les tissus morts que les tissus vivants, comme ferait le feu.

L'action de l'acide arsénieux est d'autant plus active que le tissu est moins doué de vie, parce que ses molécules ne sont pas alors entraînées dans la circulation, et ont une action locale complète.

C'est pour cela que, dans ses applications sur le cancer, il semble choisir les subdivisions cancéreuses pour y exercer ses effets, en respectant les bords de l'organe envahi, où subsiste une circulation active s'opposant à son séjour.

Dans ses applications sur la pulpe, on constate qu'il ne détruit pas chimiquement l'organe ; il lui laisse une grande partie de ses éléments ; c'est pourquoi nous pouvons souvent extirper la pulpe entière, quoique dévitalisée par l'action du caustique.

Son application provoque une congestion, suivie d'une oblitération artérielle à la suite de laquelle les échanges nutritifs sont supprimés. Il en résulte une ulcération séparant le vif de la partie dévitalisée.

L'acide arsénieux provoque une douleur très vive, d'autant plus vive que l'inflammation pulpaire est plus récente, parce que l'organe central se trouve alors congestionné et à l'étroit dans sa loge à peine perforée.

Au contraire, lorsque la pulpe est très découverte, en partie mortifiée, ou lorsque, sur les sujets âgés, elle est déjà atteinte par la cachexie, l'acide arsénieux agit vite et sans douleur, ou seulement avec une sensibilité insignifiante.

Sur les sujets jeunes, la pulpe, très vivace, réagit énergiquement, surtout lorsqu'elle est affectée d'une première poussée aigüe à peine dénudée et entourée d'ivoire sain ou à peu près sain, c'est-à-dire résistant; dans ce cas la pulpite est accentuée, et la douleur est des plus vives pendant un temps qui peut être de 6 à 12 heures.

Quelquefois une périostite se déclare à la suite de l'usage de l'acide arsénieux, et l'on a prétendu que le caustique avait fusé; mais nous croyons plutôt à une conséquence de l'inflammation pulpaire très étendue, ou à une propagation d'infection pulpaire déjà commencée.

En tout état de cause, l'action de l'acide arsénieux est des plus énergiques et des plus tenaces, et on peut affirmer que toute dent dans laquelle il a été déposé est exposée à la dévitalisation, même s'il n'a été placé qu'à une certaine distance de l'organe central ; il opère plus lentement, mais certainement.

Le peu de solubilité de l'acide arsénieux lui a fait préférer l'acide arsénique, plus actif, à cause de sa solubilité plus grande. Le premier ne se dissout qu'au 1/80 dans l'eau froide et au 1/5 dans la glycérine. Le second est très soluble et même déliquescent.

Combes préfère l'acide arsénieux à cause de son peu de solubilité, qui empêche sa diffusion et évite les périostites consécutives; Dubois nie cette action éloignée et prétend que le soluté d'acide arsénique pénètre à dose plus massive et entraîne une désorganisation plus rapide. — L'acide arsénique, ainsi que le dit Dubois, est tout aussi douloureux, dans son action, que l'acide arsénieux; aussi s'est-il attaché à remédier à ce sérieux inconvénient, en étudiant ses causes et en cherchant à les atténuer par l'adjonction d'adjuvants. Le caustique produisant la congestion de la pulpe, c'est du côté des médicaments vaso-constricteurs que Dubois a dirigé ses recherches, et il s'est adressé en premier lieu à l'atropine, qui lui a donné les meilleurs résultats. Mais la toxicité dangereuse de cette substance, malgré la dose presque inestimable employée dans les pansements dentaires, la lui a fait rejeter et remplacer par l'ésérine, dont l'action constrictrive est aussi grande. De plus, si l'atropine est toxique à la dose de 2 milligrammes, l'ésérine ne l'est qu'à un degré 5 fois moindre, c'est-à-dire à 1 centigramme.

L'ésérine est l'alcaloïde de la fève de Calabar. — Mais Dubois ne s'est pas contenté de produire une action contre-balançant celle de l'acide arsénique, il a encore adjoint celle de la cocaïne, qui, également constrictrive, jouit de la précieuse propriété d'être un topique calmant de premier choix, et voici la formule que l'auteur recommande :

| | |
|---|---|
| Acide arsénique........ ........................ | 0 gr. 5 |
| Esérine........................................ | 0 gr. 2 |
| Cocaïne............ .......................... | 0 gr. 2 |

Chloroforme, q. s. pour former une pâte semi-consistante.

Ceci dit, si le pansement de Dubois est appliqué selon les règles de la thérapeutique spéciale, sur laquelle nous n'avons pas à nous étendre, parce qu'elle sort de notre question, la douleur est nulle

ou insignifiante, que le pansement soit fait sur la pulpe avivée ou non ; le résultat cherché, c'est-à-dire la dévitalisation pulpaire, sera plus ou moins vite atteint, mais le patient n'aura plus à supporter les effets cruels du composé arsénical, employé seul ou avec des adjuvants imparfaits comme la morphine, la créosote, le phénol, etc.

---

## RÉINFECTIONS DU SINUS MAXILLAIRE PENDANT OU APRÈS LE TRAITEMENT DE L'EMPYÈME.

Par M. De Croes,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

La réinfection du sinus, pendant ou après un empyème, est un apport infectieux qui vient pendant le traitement augmenter l'infection première, en force et en durée, ou la renouveler dans un terrain déjà préparé, quand la sinusite est terminée.

Cette question de la réinfection n'a pas, que nous sachions, encore été traitée, ayant toujours été prise pour de la chronicité ou de la récidive, suivant la période pendant laquelle elle se produisait ; très souvent les causes déterminantes de l'infection nouvelle passent inaperçues, surtout pendant l'empyème, ou seule l'augmentation morbide apparaît. Il est donc nécessaire qu'un examen très attentif des organes voisins soit constamment fait pendant le traitement, et surtout avant la fermeture de l'hîatus artificiel.

Les réinfections peuvent se diviser, suivant la période pendant laquelle elles se déclarent, en :

A. Réinfections pendant le cours du traitement ;

B. Réinfections après guérison.

### A. — Réinfections pendant le cours du traitement.

Il ne faut pas confondre la poussée aiguë, comme il s'en produit souvent au cours d'un long traitement, avec la réinfection pendant le cours d'un traitement ; la réinfection a une production causale quelconque : infection concurrente, chocs, action mécanique, état pathologique général ; tandis que la poussée aiguë n'a aucune cause propre, si ce n'est une augmentation, en largeur et en profondeur, c'est-à-dire simplement une augmentation des phénomènes pathologiques.

Les réinfections de cette première catégorie se produisent sous l'influence des causes les plus diverses, qui sont dans l'ordre étiologique suivant :

1° L'irritation directe ;

2° La propagation de voisinage ;

3° Un état pathologique général.

#### 1° *L'irritation directe.*

Les irritations directes sont causées par le traitement lui-même ; le plus souvent les bourgeons charnus, qui se forment dans la

fistule sinuso-buccale, sont déchirés pendant des manœuvres opératoires, telles que sondages, lavages, insufflations; les poses et déposes de tubes drainés, qui arrachent les petits bourgeons qui se sont formés dans chaque ouverture du drain, dans la mastication, quand l'appareil porte une dent à pivot, ce qui donne une irritation continuelle pendant les repas, etc.

Nous ne parlerons pas ici de l'infection transmise par des instruments malpropres, car les soins pris par tout praticien consciencieux rendent inutile ce que nous pourrions en dire; mais il n'en n'est pas de même du malade, et on ne saurait trop lui recommander de ne pas toucher ou de ne pas introduire dans la fistule de corps étrangers, tels que cure-dents, bouts de bois, queues de fleurs, etc. De nombreux cas d'infections et de réinfections ont été dus à ces causes malheureusement trop fréquentes.

Courtois, dans son ouvrage intitulé *Le Dentiste observateur*, 1775, cite 2 observations, Hygmore en cite une.

*Symptômes.* — Dans la réinfection par irritation directe, les symptômes s'accusent par une augmentation notable d'un pus de même nature, mêlé de quelques filets de sang, par des douleurs assez vives après l'irritation causale, par une légère hémorragie, et quelquefois par des névralgies de la région malaire inférieure ou sous-orbitaire.

*Traitement.* — Destruction des fongosités du trajet fistuleux, soit au cautère, soit au chlorure de zinc; obturation complète de l'ouverture par une tige à bouton ou un tube fermé, car, à notre avis, il ne faut jamais laisser entre les injections, le sinus en rapport avec les infections buccales; aussi rejetons-nous absolument l'emploi des drains en platine ou des tubes à pavillon, et, si le malade fait ou fait faire deux lavages par jour, jamais il n'éprouvera de douleurs par rétention du pus, comme certains auteurs l'ont prétendu.

La durée de cette réinfection est inappréciable; mais, si elle n'est pas diagnostiquée, son irritation journalière la rendra interminable.

### 2° *La propagation de voisinage.*

Ces réinfections sont de beaucoup les plus nombreuses; leurs causes par ordre de fréquence sont les inflammations de voisinages : nasale, dentaire et buccale.

*Nasale.* — La membrane muquoïde qui tapisse le sinus maxillaire est une muqueuse glandulaire qui fait suite à la muqueuse du méat moyen, ayant le même tissu anatomique, et quelques rapports physiologiques semblables (d'après Sappey); aussi la propagation est-elle très facile, d'une facilité d'autant plus grande que le terrain est déjà préparé.

Parmi les causes d'origine nasale, nous trouvons en première ligne le coryza, qui donne à l'empyème une réinfection suraiguë, à début brusque; du matin au soir le malade éprouve au niveau malaire une pesanteur extrême, la narine correspondant au sinus infecté semble complètement obturée, il perçoit un goût fade dans

la bouche, etc.; enfin tous les symptômes premiers de l'infection réapparaissent d'emblée, généralement plus accentués. Le symptôme principal sera l'état du pus; en effet il est très clair, jaunâtre, presque limpide, mais en quantité considérable.

Le coryza lui-même est plus tenace, et la rhinorre d'abord égale, s'accentue du côté de l'empyème. Souvent de très fortes douleurs névralgiques à l'émergence du sous-orbitaire, accompagnent ces phénomènes, si le malade ne facilite pas l'écoulement séro-purulent, en débouchant plusieurs fois par jour l'hiatus, si, comme nous le préconisons, l'hiatus est obturé à l'aide d'une tige à bouton.

Les épistaxis peuvent provoquer, quand le traitement n'est pas journalier, de la réinfection par la décomposition des dépôts sanguins dans la cavité sinusienne.

Le tabac, chez les priseurs invétérés, provoque aussi de la réinfection, par l'irritation continuelle qu'il produit dans les cavités nasales.

Enfin toutes les affections, toutes les irritations nasales ont un retentissement sur l'empyème et, pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer, chez un malade, une sinusite qui ne fut guérie complètement qu'après l'ablation d'un polype, opération qui certainement ne fut pas faite dans ce sens.

*Dentaire.* — Les dents peuvent par leur position anatomique anormale, par rapport au sinus, le réinfecter quand elles sont atteintes de caries pénétrantes ou de mortification de la pulpe. Aussi est-il sage, si l'infection a eu pour cause une dent, de l'extraire et d'extraire de même toutes celles atteintes du même côté. A notre avis, l'essai d'un traitement désinfectant de ces organes ne peut, en général, donner de bons résultats, et même si les racines sont en contact direct avec le sinus, les médicaments antiseptiques employés, peuvent par leur plus ou moins grande causticité, en dépassant le foramen de l'apex, causer une irritation préjudiciable au traitement; mais encore, si la guérison survient, on crée un empyème à l'état latent, qui n'attend qu'une simple périostite alvéolo-radiculaire pour se déclarer. Nous croyons que le malade, bien prévenu préférera se laisser extraire ces organes gênants, au lieu de craindre cette constante épée de Damoclès : la réinfection. Pourtant il ne faut pas exagérer ces ablations, et l'on doit les circonscrire aux dents dont les racines ont un rapport direct avec le sinus, par leur position anatomique. Quoique des canines, des petites et des grandes incisives aient pu causer des abcès, ce n'est que par une fusée purulente tout à fait anormale et excessivement rare. Aussi doit-on se borner à l'extraction des petites et grosses molaires atteintes; mais, pour plus de sûreté, on peut s'assurer de la grandeur du sinus et de ses rapports avec les racines, au moyen de l'éclairage électrique.

*Symptômes.* — Augmentation lente et progressive de tous les symptômes en général, et du pus en particulier; il est épais, gris verdâtre. Cette réinfection passe inaperçue, car le plus souvent il n'y a ni douleurs ni abcès ni fluxion, et la dent causale est encore

plus difficile à découvrir, quand il n'y a pas de carie mais simple mortification de la pulpe, mortification qui peut elle-même être passive à l'infection sinusale ; nous en parlerons dans les réinfections par migration régressive.

*Traitement.* — Le traitement tout indiqué, est l'extraction des dents atteintes, lavage, insufflation de leurs alvéoles et leurs obturations, immédiatement après l'extraction, avec un tampon de gaze iodoformée, plongé dans de la teinture de benjoin, continuation des lavages par l'hiatus primitif.

La durée de cette réinfection sera plus ou moins longue suivant que l'intervention aura été plus ou moins tardive.

*Buccale.* — La contagion par la voie buccale est toujours due, comme nous l'avons dit pour les réinfections directes, à l'habitude qu'ont nombre de praticiens de laisser l'antre d'Hygmore en communication avec la bouche, soit par la fistule livrée à elle-même, soit par un drain, ce qui invite à l'introduction des liquides septiques de la bouche dans le sinus, dans les mouvements physiologiques de la déglutition, dans les larges inspirations nasales du rhoncus ou bien encore dans le deuxième temps de l'éternuement. « Il est primordial, pour tarir les collections purulentes du sinus, de satisfaire à deux conditions: assurer l'écoulement des liquides pathologiques, empêcher la pénétration des parcelles alimentaires dans la cavité » (Dubois, in *Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste*, p. 493). Mais il nous semble, contrairement à l'auteur précité, qu'un drain est insuffisant, car si la petitesse de son diamètre (0.003 Dubois) empèche les parcelles alimentaires de pénétrer dans le sinus, il n'empêche pas la salive de le faire. Aussi nous ne saurions trop répéter qu'il faut une obturation hermétique ; quant au dépôt purulent, il est facile de favoriser son écoulement, en faisant retirer pendant quelques instants, plusieurs fois par jour, l'obturateur, si l'on craint la rétention douloureuse.

*Symptômes.* — Débuts insidieux ; augmentation de tous les phénomènes sans causes visibles. Tant que l'hiatus ne sera pas bouché, alternatives de mieux et de plus mal, jusqu'à ce que l'infection soit devenue totale, profonde, fongueuse, c'est-à-dire chronique.

Le traitement est l'obturation de l'hiatus entre les lavages.

### 3° *Un état pathologique général.*

Les infections d'ordre général ont toujours une répercussion sur un phénomène morbide local, quel qu'il soit, en en augmentant l'acuité ou la durée. La syphilis, la tuberculose, le tabes, le diabète, l'albuminurie sont des causes de réinfection d'ordre général à formes spéciales et récidiventes, soit par la formation de syphilones, de tuberculones, de nécroses partielles sur les parois du sinus, ou plus simplement d'un état d'infériorité des phénomènes vitaux.

*Diagnostic.* — Il faut faire le diagnostic par élimination progressive, en commençant par les causes les plus simples, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que celles d'ordre général ; s'informer alors des

antécédents que le malade a pu cacher, ou des symptômes généraux qu'il ressent, s'il ignore ses antécédents.

Dans ce cas, agir très prudemment, surtout si le malade est pusillanime.

L'analyse microscopique du pus, l'analyse des urines, seront précieuses.

*Traitement.* — Le traitement local n'étant que palliatif, il faut l'accompagner d'un traitement général très énergique.

### B. — Réinfections après guérison

Les réinfections après guérison complète sont très rares, car il faut écarter toute infection nouvelle et ne pas classer parmi les réinfections celles qui ne sont pas liées par des rapports intimes au passé pathologique du sinus; autrement, nous retomberions dans l'abcès du sinus simple, ayant un processus morbide indépendant de ses antécédents infectieux. Aussi, à notre avis, les réinfections après guérison ne peuvent avoir que deux causes :

1° La non-obturation de l'hiatus artificiel ;
2° La migration régressive.

#### 1° *Réinfection par non-obturation de l'hiatus.*

Comme entre les lavages, il est utile que l'hiatus soit obturé pour empêcher l'infection; il est absolument indispensable, pour la même cause, de le fermer d'une façon définitive et complète après la guérison, et dans ce cas, aucun appareil prothétique, aussi exact qu'il soit, ne pourra satisfaire aux exigences d'imperméabilité nécessaires. Ce qu'il faut, c'est une suture, si l'orifice est petit; de l'autoplastie si la perte de substance est plus considérable, et, à notre avis, c'est manquer aux lois de l'antisepsie que de ne pas appliquer ces principes.

Dans ces réinfections les symptômes, le diagnostic et le traitement sont les mêmes que dans l'infection ; la cause seule diffère.

#### 2° *Réinfection par migration régressive.*

Cette réinfection est occasionnée par la régression de l'infection d'une dent voisine, infection passive elle-même à l'empyème primitif.

Cette forme a toujours dû être diagnostiquée, soit comme rechute, soit comme guérison incomplète, car elle n'est pas si peu fréquente qu'on ne l'ait encore signalée, puisque nous l'avons rencontrée pour notre part deux fois sur huit sinusites que nous avons pu observer.

Cette réinfection, comme nous venons de le dire, n'est qu'un accident de voisinage qui régresse dans un temps plus ou moins long. C'est, en quelque sorte, le choc en retour, ayant eu pour point de départ la sinusite primitive.

L'accident de voisinage se produit quand une anomalie met en rapport, soit par des racines trop longues, soit par un antre trop grand, l'extrémité radiculaire d'une dent avec la membrane

muquoïde du sinus. Cette membrane, qui, au cours, de l'empyème primitif, contient des germes pathogènes, infecte la terminaison nerveuse de la racine émergeante.

Cette terminaison contaminée, il faut un temps relativement long pour que la pulpe atteinte soit suffisamment mortifiée et que le phénomène migratif régresse. La longueur de cette régression est due : 1° à ce qu'il y a plutôt dénutrition lente du nerf que mortification, l'apport nutritif étant entravé à son arrivée ; 2° à ce que le traitement antiseptique fait dans le sinus enlève une partie de la virulence au germe pathogène migratif. Enfin, nous pouvons dire, comme conclusion étiologique, que cette réinfection ne peut avoir lieu que :

1° Quand des anomalies radiculaires des dents voisines font dépasser l'apex de leur racine à l'intérieur du sinus;

2° Quand une infection préalable, dont le traitement long a permis d'infecter la terminaison nerveuse des racines dépassantes, détermine ainsi une mortification lente de la pulpe ;

3° Quand la poussée régressive de l'infection dentaire passive se produit après la guérison de l'empyème et l'obturation de l'hiatus artificiel sinuso-buccal.

*Marche.* — Voici du moins les déductions de deux cas observés par nous:

Un à deux mois après l'obturation définitive de l'hiatus artificiel (obturation qui ne fut pas faite sans nous être assuré au préalable de la guérison complète du sinus, par tous les moyens mis à notre disposition : mèches retirées propres, obturation temporaire, etc.), le malade revient se plaignant d'une gêne dans tout le côté de la face, de petites douleurs intermittentes dont il ne peut préciser le siège ; à l'examen les dents semblent saines (chez l'un des malades, la première grosse molaire présentait une carie du second degré peu avancée ; chez l'autre, elles étaient intactes). Les gencives sont normales, la percussion ne provoque aucune douleur.

Après quelques jours, les dents deviennent sensibles au chaud et donnent quelques petites douleurs la nuit ; puis, tous phénomènes cessent progressivement, et nous ne revoyons le malade qu'environ un mois après, quand la rhinorrée unilatérale et la cacosmie subjective sont réapparues. Un nouvel examen des dents, cette fois par transparence, en fait voir une plus opaque, ardoisée ; sa trépanation nous montre une pulpe en putréfaction ; la dent extraite nous permet d'entrer dans le sinus infecté à nouveau.

Chez les deux malades, les prodromes sont apparus entre la cinquième et huitième semaines après l'obturation de l'hiatus, les symptômes concluants 15 à 30 jours après les prodromes.

Chez l'un et l'autre patient, les douleurs ont été insignifiantes, probablement parce qu'il n'y a pas de rétention purulente, l'écoulement se faisant dans le sinus.

*Traitement.* — Le traitement tout indiqué est d'extraire la dent causale, de faciliter l'écoulement du pus par l'agrandissement de l'alvéole, de déterger journellement la cavité sinusienne par de

grands lavages, de l'antiseptiser par des insufflations iodoformées ; exactement comme dans l'infection première.

*Conclusion.*

Les réinfections en général sont des infections secondaires, passives à des inflammations voisines, qui viennent par leur apport infectieux augmenter l'état morbide existant déjà.

Ces inflammations voisines peuvent être évitées ou diminuées.

Evitées, si, concurremment au traitement sinusal, les organes voisins (cavités nasales et buccales) sont eux-mêmes journellement désinfectés et toute irritation écartée.

Diminuées, quand elles sont combattues aussitôt leur apparition ; pour cela, il est nécessaire de prévenir le malade de toutes les causes de réinfection qui peuvent survenir pendant le cours de l'empyème, en les exagérant même, pour qu'il prenne lui-même tous les soins hygiéniques et toutes les précautions nécessaires, afin de les éviter.

---

## UN CAS DE LYMPHANGITE DE LA JOUE OCCASIONNÉ PAR LA POUSSÉE TARDIVE D'UNE DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE.

Par M. D. Bourgogne de Lille.

Une dame, âgée d'environ cinquante ans et que je soignais déjà depuis plusieurs années, réclama mes soins pour une fluxion qui revenait périodiquement sous l'influence du moindre courant d'air, et qui s'étendait depuis le trou sous mentonnier jusque vers la glande sous-maxillaire du côté droit.

Comme elle ouvrait difficilement la bouche, après l'avoir examinée d'une manière approfondie, je lui conseillai de se faire extraire les deux racines de la seconde grosse molaire, la seule cause apparente, du moins, de ce désordre. Elle recula devant l'opération et me demanda à réfléchir. Forcée, le lendemain, d'aller en voyage, elle ne me revit qu'à son retour, quinze jours après, mais avec la joue plus enflée. Alarmée de cet état, elle se décida à se faire opérer. Je lui fis donc l'extraction de ces deux racines et la congédiai, lui faisant espérer une prompte guérison. Mais quelle ne fut pas ma surprise quand, un mois après, je la revis avec une occlusion complète des mâchoires et une fluxion plus forte encore que la précédente, se localisant plus particulièrement vers la glande sous-maxillaire ! Je soupçonnai alors que le mal devait provenir d'une dent de sagesse qui ne pouvait pas sortir.

J'opérai avec le doigt, non sans peine, une pression à l'endroit qui me paraissait le plus enflé, et je fis sourdre du pus en assez grande quantité. J'enfonçai une sonde et je rencontrai un corps dur. La percussion me rendit un son clair. Il n'y avait plus de doute : j'étais bien en présence d'une dent de sagesse.

Je lui proposai alors l'extraction de cette dent sous le chloroforme.

Ma patiente ne voulant pas entendre parler de cette opération, je tâchai de la soulager autrement.

Je lui fis plusieurs applications de pointes de feu, ce qui amena un dégonflement appréciable. Puis, à la séance suivante, comme elle pouvait un peu mieux ouvrir la bouche, je lui enlevai au thermocautère le capuchon de gencive tuméfiée que je supposais devoir recouvrir la dent. J'avais donc un trou que je cautérisai au nitrate d'argent, et que j'obturai de façon à empêcher le travail de réparation de se faire, en y introduisant un coton chargé de ciment liquide. Deux jours après, je la revis, et je constatai que la fluxion était passablement diminuée et qu'elle pouvait beaucoup mieux ouvrir la bouche. Je lui conseillai alors de se faire laver à l'eau boriquée et de remplacer le premier coton par d'autres chargés de salol camphré. Au bout de quinze jours, l'enflure avait totalement disparu, et la bouche pouvait s'ouvrir largement sans la moindre gêne. La dent était arrivée au niveau de la gencive et semblait sortir du fond de l'angle formé par le corps du maxillaire et la branche montante de ce dernier. Gênée par les racines que j'avais enlevées, les choses se passaient d'une façon insidieuse, mais une fois l'obstacle enlevé, cette dent put se développer aisément, ce qui explique la poussée aiguë qui détermina cette dame à venir me revoir.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du* 21 *septembre* 1897)

### PATHOGÉNIE DE L'ÉVOLUTION VICIEUSE DES DENTS DE SAGESSE.

Par M. le docteur Moty,
Médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

La cause des accidents suppuratifs déterminés par les dents de sagesse saines, est restée obscure jusqu'ici, comme le prouve la diversité des opinions émises à ce sujet lorsque la question des angines de Ludwig parut, il y a cinq ans, à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie.

J'avais fait remarquer alors que ces accidents, eu égard à l'époque de leur apparition et à leur mode d'évolution, avaient des analogies frappantes avec l'inflammation des kystes dermoïdes, mais j'avais dû ajouter que, malgré d'assez nombreux examens, je n'avais pu réussir à démontrer avec certitude l'existence d'éléments épithéliaux dans le foyer de suppuration.

En effet, quand on enlève une dent de sagesse saine, cause de phlegmon, on trouve habituellement ses racines complètement dénudées sur une étendue variable de leur face externe et recouvertes partout ailleurs

d'un périodonte plus ou moins vascularisé, mais parfaitement normal, en ce qui concerne ses éléments constitutifs.

Cependant, en persévérant dans ce genre de recherches, j'eus la bonne fortune de trouver, à l'extrémité des racines d'une dent de sagesse que je venais d'extraire, une masse fongueuse du volume d'un plomb n° 6 environ, et de reconnaître, après l'avoir dissociée, que les éléments libérés par l'aiguille consistaient à peu près exclusivement en noyaux caractéristiques de l'épithélium gingival.

Depuis lors, j'ai retrouvé deux fois des masses épithéliales identiques par leur nature et composées de cellules complètes, isolées ou reliées en groupes et de noyaux libres, ces derniers étant toujours beaucoup plus nombreux.

Dans un cas de résection de la branche montante, pour une ostéomyélite consécutive à une carie de la première molaire et compliquée de « l'accident de la dent de sagesse », j'ai pu voir directement, au niveau de la section de l'os, une masse fongueuse qui avait détruit la paroi externe de l'alvéole, malgré son épaisseur considérable, et dont je pratiquai le curettage sans reconnaître sa nature ni m'expliquer sa raison d'être [1] ; quelques jours après, je dus enlever la dent de sagesse qui portait encore quelques cellules épithéliales à l'extrémité de ses racines, et le diagnostic se trouva alors complété.

Dans l'un des trois cas dont j'ai parlé plus haut, la masse fongueuse contenait une parcelle irrégulière d'émail.

Ces faits me paraissent vérifier d'une manière positive l'hypothèse avancée il y a cinq ans. Le procédé à suivre pour s'en convaincre est des plus simples et des plus rapides : on lave la dent extraite sous un filet d'eau pour en chasser le sang et on étale ensuite, sur une lame porte-objet, les parcelles que l'on réussit à détacher de l'apex de la dent ; on sèche ensuite comme pour un examen de crachats et l'on colore au picro-carmin, ou autrement ; en moins de cinq minutes, la préparation est terminée.

On ne peut utiliser, pour cette démonstration, que le tiers ou la moitié des dents de sagesse, car les racines sont souvent complètement dénudées par la suppuration du côté qui confine à l'épithélium inclus, et il est alors impossible d'y trouver trace de ce dernier. On ne réussit pas non plus avec les dents conservées dans un liquide coagulant (acide phénique, alcool), et c'est pour ces raisons que mes recherches sont restées longtemps infructueuses.

Sans insister sur le côté clinique de la question je dirai seulement que le pus, quand il s'en forme, est ordinairement peu abondant eu égard au gonflement considérable des parties molles ; dans le seul cas où j'ai pu l'analyser avant son entrée en rapport avec la cavité buccale, il était stérile, comme on devait s'y attendre, et comme il l'est sans doute toujours dans les premiers stades du processus inflammatoire.

L'importance du gonflement tient surtout à l'envahissement du canal dentaire. La situation profonde de l'épithélium inclus et l'épaisseur des parois alvéolaires de la dent de sagesse sont les causes essentielles de cet envahissement. Du canal dentaire, l'inflammation passe au tissu cellulaire de la paroi pharyngienne supérieure et plus rarement au tissu voisin du trou mentonnier; l'os se prend en totalité et se couvre de petites stalactites osseuses, ébauches d'une hyperostose quelquefois considérable, qui disparaît ensuite lentement. Mais quand la dent en cause

1. La première molaire cariée avait été extraite un an auparavant, quelque temps après le début de l'ostéomyélite (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897).

n'est pas cariée et que l'inflammation reste aseptique, il n'y a pas nécrose osseuse.

La guérison de ces phlegmons microbiens par l'extraction de la dent s'explique fort bien : l'épithélium inclus, quand il ne suit pas la dent, se trouve, par le fait même de l'extraction, mis en rapport direct avec la cavité buccale, et ne tarde pas à prendre contact avec l'épithélium de la gencive qui se porte au-devant de lui ; la prolifération osseuse *a tergo* achève ensuite le nivellement des surfaces osseuse et muqueuse.

On observe, il est vrai, des accidents légers superficiels du côté de la muqueuse buccale au moment même de l'éruption des dents de sagesse ; leur bénignité, quand elle est réelle, s'affirme dans leur marche ultérieure ; mais elle n'est souvent qu'apparente, car le mal récidive malgré les cautérisations ou l'excision d'un lambeau de muqueuse ; c'était donc l'inflammation en travail dans la profondeur de l'alvéole qui exaltait l'irritabilité de la gencive, et se masquait ainsi sous les lésions superficielles.

Il y aurait beaucoup à dire sur les accidents de la dent de sagesse, mais n'ayant en ce moment pour but que de déterminer leur nature, je résume ce court mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les accidents inflammatoires causés par les dents de sagesse saines, sont dus à l'inclusion d'une masse épithéliale aberrante ;

2° Cette masse épithéliale représente un germe dentaire abortif, inconstant, dérivé de celui de la dent de sagesse;

3° Le terme d'évolution vicieuse de la dent de sagesse est impropre ou ne s'applique qu'à un petit nombre de cas, et je propose, pour le processus pathologique, qu'il a désigné le plus souvent jusqu'ici, la dénomination de « dermoïde supplémentaire de la dent de sagesse ».

(*Gazette des Hôpitaux.*)

---

## LE CONGRÈS DE MOSCOU

Un de nos confrères, retour de Russie, nous donne quelques indications sur les conditions dans lesquelles s'est tenue cette réunion médicale.

L'hospitalité a été très cordiale; les congressistes étaient en grand nombre et les communications très intéressantes, paraît-il, dans les sections de médecine et de chirurgie.

Quant à la section d'odontologie, sur 150 congressistes, la plupart étaient Allemands.

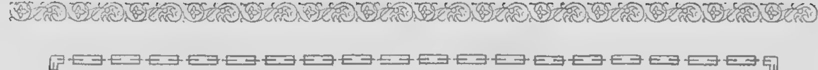
Parmi les Russes, la majorité était composée de dames; les Français étaient représentés par MM. Amoëdo (de Cuba), les Drs Sauvez et Marchandé.

La protestation envoyée par l'Ecole dentaire de Paris a eu l'honneur d'une discussion en... allemand.

Nous attendrons, pour donner un compte rendu plus complet des démonstrations et communications, le rapport que nous a promis un de nos correspondants.

N. D. L. R.

---



# Revue de Thérapeutique

### Le chinosol.

Il a été fait de divers côtés, avec ce nouvel antiseptique, des essais qui ont prouvé que cet agent est doué d'une efficacité très considérable : une solution à 1/80.000 a arrêté instantanément le développement du staphylococus pyogenes aureus. Il n'est ni caustique ni toxique, il est aisément soluble, ne coagule pas l'albumine et ne s'évapore pas. En raison de ces avantages l'emploi de cet antiseptique peut être recommandé en dentisterie.

(*Corresp. Blatt. f. Zahn.*)

### Un excellent hémostatique.

Depuis quelque temps Mascort emploie comme hémostatique un mélange d'antipyrine et de salol, qui a une action très puissante et qui se comporte mieux que tous les moyens connus. On mélange par parties égales ces deux substances dans un tube, que l'on tient au-dessus d'une lampe à alcool jusqu'à ce que le liquide clair qui se forme sous l'influence de la chaleur prenne une coloration brunâtre ; ce liquide persiste longtemps ainsi.

L'antipyrine arrête déjà une hémorragie sans adjuvant, mais elle ne convient pas seule, en dentisterie, parce qu'elle se solidifie trop rapidement ; à peine l'a-t-on déposée sur un tampon de coton, qu'elle se durcit. Avec le salol l'effet est extraordinaire ; l'hémorragie cesse aussitôt, sans que le sang se coagule. Employé pour les plaies de la gencive, ce mélange laisse une surface nette et sèche.

(*Corresp. Blatt. f. Zahn.*)

# FORMULAIRE

### Traitement de la stomatite aphteuse. (Amades Levi, de Venise).

1° Traitement local : 5 à 6 attouchements par jour avec un des collutoires suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| *a*) | Biborate de soude | 4 | grammes. |
| | Teinture de myrrhe | 8 | — |
| | Sirop de mûres | 60 | — |
| *b*) | Biborate de soude | 4 | grammes. |
| | Teinture de benjoin | 2 | — |
| | Eau distillée | 10 | — |
| | Sirop simple | 20 | — |
| *c*) | Phosphate de soude | 10 | grammes. |
| | Eau de fleurs d'oranger | 25 | — |
| | Miel rosat | 50 | — |
| *d*) | Acide salicylique | 2 | grammes. |
| | Alcool | 10 | — |
| | Glycérine | 20 | — |

2° Potion dans les cas graves :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse | 1 gramme. |
| Eau distillée | 90 grammes. |
| Sirop de framboises | 10 — |

Toutes les deux heures une cuillerée à café.

(*Indépendance médicale.*)

Anesthésique dentaire.

Injecter en plusieurs points de la gencive, près de la dent malade, quelques gouttes de cette solution (Frohman) :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 20 |
| Chlorhydrate de morphine | 0 gr. 25 |
| Chlorure de sodium stérilisé | 0 gr. 20 |
| Antipyrine | 1 à 2 gr. » |
| Gaïacol | II gouttes |
| Eau distillée | 100 gr. » |

L'extraction de la dent peut être faite sans aucune douleur.

*Savon médicinal pour nettoyer la bouche.* (Chompret.)

| | |
|---|---|
| Savon médicinal } | ãã 30 grammes. |
| Glycérine } | |
| Alcool à 90° | 15 » |
| Acide salicylique | 1 » |
| Eau de menthe poivrée } | ãã q. s. |
| Matière colorante } | |

(*Thérapeutique contemporaine.*)



## REVUE DE L'ÉTRANGER

### UN ACTE DE MALPROPRETÉ DENTAIRE

Par A. R. Church, D. D. S. (Chicago).

Beaucoup de dentistes ont grand soin d'avoir leurs instruments parfaitement stérilisés après chaque opération.

Ils se lavent les mains et se nettoient très bien les ongles, mais ils se servent du composé à modeler et de la cire pour empreintes de bouche à bouche jusqu'à ce qu'ils deviennent sales.

La science a montré que la bouche est un incubateur presque parfait pour le développement des micro-organismes de toutes espèces. Quels dommages causent au public ceux de nos confrères qui transfèrent ainsi des germes de maladies d'une personne à une autre !

Si l'infection peut être transportée sur la pointe d'un instrument délicat, quel risque ne court-on pas en plaçant dans la bouche une masse de cire qui a déjà servi, pour un sujet syphilitique, par exemple ? On dira peut-être que l'excavateur et les autres instruments coupants sont bien différents, car ils viennent en contact réel avec des plaies

et des tissus saignants, ce que ne fait pas la machine à empreintes. Cependant on peut prendre des empreintes après l'enlèvement de dépôts sur des dents restantes, après des extractions et après la préparation de racines pour couronne ou bridge-work. Et même, si les tissus n'étaient pas blessés, quel est le dentiste, avec ses connaissances bactériologiques, qui courrait le risque de placer dans sa propre bouche une substance ayant déjà servi chez un sujet atteint de pyorrhée alvéolaire ?

En dehors du danger d'infection, quel est celui de vos patients qui consentirait, en connaissance de cause, à ce que vous employassiez sur lui le composé ou la cire qui aurait servi dans la bouche d'un autre, qu'elle fût propre ou saine à ce moment ?

Je ne crois pas qu'on puisse stériliser le composé à modeler dans le peu de temps où on le laisse en contact avec l'eau.

Pour détruire la vie de beaucoup de germes, il faudrait une ébullition tellement longue, que la matière en serait altérée. La cire pourrait devenir aussi aseptique, mais la majorité des dentistes ne prennent pas cette précaution ; tout au plus la fait-on bouillir quand il y a du plâtre à éliminer.

Tous les collèges ou écoles devraient apprendre aux étudiants qu'il est presque aussi dangereux de se servir deux fois du composé, que d'employer des instruments sans qu'ils aient été complètement stérilisés.

Si quelqu'un, mieux à même que moi de traiter ce sujet, consent à y consacrer un peu de son temps, ces quelques lignes auront eu leur utilité. Ce sujet me paraît tout aussi intéressant que bien des questions récemment discutées dans les journaux. On a beaucoup insisté sur le soin qu'il faut avoir de stériliser presque tout ce dont nous nous servons dans le cabinet, jusqu'à la redingote de l'opérateur, mais on s'est peu occupé des substances-empreintes. Il sert peu de stériliser le porte-empreinte, si le contenu n'est pas aussi pur et propre.

Tous les dentistes ne sont peut-être pas coupables de malpropreté sous ce rapport ; mais je crois que la majorité l'est ; ce qui n'empêche que beaucoup sont très scrupuleux sur d'autres points.

(*Progrès Dentaire.*)

---

## NOUVEAU FOURNEAU A GENCIVE CONTINUE

Par M. J.-A. Gartrell

Ce nouveau fourneau est un perfectionnement de celui qui a déjà été imaginé par l'auteur ; il est pourvu d'un moufle en nickel semblable et d'un brûleur Bunsen combiné avec un chalumeau. Ce moufle a 0 m. 075 de large à l'intérieur et convient aux pièces les plus grandes de gencive continue. Ces moufles servent depuis quatre ans environ et, comme ils sont en plaques de platine beaucoup plus épaisses que les moufles ordinaires, ils leur sont supérieurs.

L'alliage de nickel et de manganèse dans ces moufles s'oxyde si lentement qu'on peut les considérer comme à l'abri du feu de 200 à 500 fois, et le moufle ancien peut instantanément être enlevé et remplacé par un nouveau. Cette disposition permet d'enlever le moufle ancien quand il est au rouge vif, avec la pièce dedans, et de continuer avec un autre.

Le brûleur et le chalumeau Bunsen combinés sont du système Fletcher, modifiés par M. Gartrell. L'embouchure du brûleur a 0 m. 0625 de largeur, donne une large flamme, d'un grand pouvoir, quand on s'en sert comme brûleur. Le brûleur sert à chauffer le moufle jusqu'à ce qu'il soit rouge. Il en résulte que la pièce est chauffée plus également et plus graduellement qu'en soufflant dès le début, et qu'on évite ainsi la moitié du jeu des soufflets. Il faut chauffer avec le Bunsen 8 à 10 minutes, et 3 avec le chalumeau, pour cuire une série de pièces ; une couronne peut être cuite en deux minutes.

Ce fourneau n'a qu'un seul rival, le fourneau électrique ; mais, en raison de la simplicité de ce fourneau à gaz, du bon marché et de la commodité du combustible, de son peu de susceptibilité à se déranger et de la rapidité avec laquelle le travail est fait, on le trouvera sans doute d'un emploi plus large que le fourneau électrique.

Ce dernier présente des inconvénients par suite du temps nécessaire pour cuire une pièce, de la dépense d'électricité, de son prix (environ le quadruple de celui du fourneau Gartrell) et de la difficulté de manipulation. On dépense 12 fr. 50 pour cuire une pièce, et il faut 45 minutes pour cuire un simple revêtement, car il y a à craindre de fondre le fil de platine si l'on augmente la chaleur.

(*Journal of the British dental Association.*)

## ASPECT MICROSCOPIQUE DE CERTAINES LÉSIONS PRODUITES PAR LA CARIE DENTAIRE

M. Hopewel Smith résume et classe ainsi les résultats principaux des changements pathologiques survenant dans la dentine et la pulpe d'une dent :

| | |
|---|---|
| I<br>*Dégénérescence calcaire de la pulpe*, par des changements dans la pulpe seule. | *a*) Commune. Due à des changements vasculaires dans la pulpe, associés à la carie.<br>*b*) Rare. Due à des changements idiopathiques ou constitutionnels, par exemple la goutte. |
| II<br>*Dentine secondaire dans la cavité pulpaire*, par des changements dans la dentine primaire et la pulpe. | *a*) Physiologique. Due à l'état sénile des dents permanentes et des dents décidues longtemps conservées.<br>*b*) Pathologique. Due à l'attrition, à l'abrasion ou aux fractures. |

| | |
|---|---|
| III<br>*Dentine adventice dans la cavité pulpaire*, par des changements dans la dentine primaire et la pulpe. | Due à la carie. |

(*British Journal of dental science.*)

---

APPLICATION DES RAYONS X A LA DENTISTERIE.

Pour obtenir la radiographie des maxillaires et des dents qui y sont implantées, placer une pellicule photographique très tendre dans un sac de caoutchouc noir, en ayant bien soin qu'il n'y pénètre aucun rayon lumineux. Prendre le moule de la voûte palatine avec de la vülcanite; ce moule une fois durci mettre le sac contenant la pellicule entre la paroi de la voûte et le moule, en fixant celui-ci avec les dents du maxillaire; diriger alors les rayons de l'ampoule perpendiculairement pendant 6 à 8 minutes sur la région à photographier, en veillant à ce que le tube soit à 45 centimètres du visage pour éviter les accidents cutanés. Le temps voulu écoulé, porter la pellicule au laboratoire et l'y développer par les procédés ordinaires.

Ce procédé constitue un nouveau moyen de diagnostic; il n'y a plus qu'à l'étudier et à tâcher d'en tirer les meilleurs résultats.

(*Correo internacional odontologico.*)

---

LA NÉCROSE DU MAXILLAIRE COMME CONSÉQUENCE DE LA FIÈVRE SCARLATINE.

On a observé fréquemment dans les cas graves de fièvre scarlatine qui sont traités trop tardivement, que la nécrose se développe par la suite au maxillaire inférieur. Cette complication se produit la plupart du temps chez les enfants de 4 à 6 ans; elle survient fréquemment à la face labiale des incisives inférieures, parfois aussi dans la région des bicuspidées et des molaires, et souvent d'une façon symétrique.

Une fois la nécrose se produisit à la face intérieure de la branche maxillaire derrière la 3e molaire; l'alvéole de cette dent n'était cependant pas intéressé. Souvent les portions osseuses qui entourent les sacs dentaires des dents permanentes sont détruites. Il faut dans la plupart des cas de 2 à 3 semaines pour que le séquestre se détache. Dans beaucoup de cas la mortalité est grande; la maladie survient avec une grande virulence, et son développement amène un état dangereux; dans les cas très graves la corruption se produit dans la bouche, et le patient meurt par suite d'empoisonnement du sang, ou de pneumonie.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

---

# PETITS PROCÉDÉS

## MOYEN DE SOUDER L'ALUMINIUM

Il n'est pas facile de souder l'aluminium en se servant simplement d'un alliage de composition définie sans fondant, et l'emploi du chlorure d'argent à cet égard est très incommode. L'iodure de cadmium cependant, donne des résultats plus satisfaisants, un violent dégagement de vapeur d'iode étant accompagné de la formation d'un alliage de

cadmium et d'aluminium à la surface du métal. On réalise un autre perfectionnement en mélangeant une solution de cholure de zinc concentrée avec un peu de chlorure d'ammonium, en faisant évaporer dans un plat de porcelaine, en chauffant au rouge sombre jusqu'à ce qu'une portion du chlorure d'ammonium soit volatilisée, puis en mélangeant les chlorures en fusion avec de l'iodure de cadmium. Les proportions de chlorure de zinc et d'iodure de cadmium sont données par l'expérience, et le résultat est un fondant qui permet à l'étain, etc., de se joindre parfaitement à l'aluminium. Le fondant en fusion doit être versé à la surface du métal à souder, et l'on saupoudre également la surface d'étain métallique. On chauffe alors l'aluminum sur un bec Bunsen, jusqu'à fusion du fondant; après quoi, on peut répandre celui-ci où besoin est, au moyen d'un morceau de fil de cuivre. Comme la température s'élève, le fondant se décompose, et l'étain s'allie aisément avec la surface de l'aluminium.

On peut se servir de chorure de plomb fondu au lieu d'iodure de cadmium.

(*Pharmaceutical Journal.*)

### MOYEN DE MAINTENIR LA DIGUE DE CAOUTCHOUC

Employer du vernis à la sandaraque au lieu de ligature de soie.

(*British Journal of dental science.*)

### UN REMPLAÇANT DU PAPIER A ARTICULATION

Quand on corrige une articulation, on peut se trouver dépourvu de papier à articulation; prendre alors un peu de papier mince, se mouiller le doigt dans l'alcool ou l'eau, et le passer sur du rouge à farder. Le séchage est rapide, et la préparation n'exige que quelques instants.

(*Ohio dental Journal.*)

### RENOUVELLEMENT DE LA CIRE MALPROPRE

Pour remplacer la cire malpropre, la faire fondre dans l'eau. Quand elle est froide, enlever la malpropreté par le dessous, faire fondre de nouveau dans l'eau pure, et ajouter une cuillerée d'acide sulfurique.

(*British Journal of dental science.*)

### MATRICE DE CAOUTCHOUC

Quand on veut obturer deux cavités adjacentes d'incisives avec du ciment, on peut faire une matrice convenable avec un ruban de caoutchouc étroit tendu sur l'une des dents jusqu'à ce que la cavité de la dent voisine soit obturée, puis renverser sur l'obturation nouvelle jusqu'à ce que la seconde cavité soit obturée. Quand les obturations sont suffisamment dures, la bande peut être taillée très près avec un peu de tension, et ce qui reste fera l'office d'un séparateur, de sorte qu'à la séance suivante on n'éprouvera pas de difficulté à finir convenablement l'obturation.

(*Ohio dental Journal.*)

### PROTECTION DE LA PULPE

Pour garantir la pulpe contre les changements thermiques, couper deux petits ronds de caoutchouc. La cavité une fois séchée et prête pour l'obturation, toucher le fond et les parois avec du vernis au mastic pur, et appliquer un des disques; sur l'autre, mettre un peu de ciment mou,

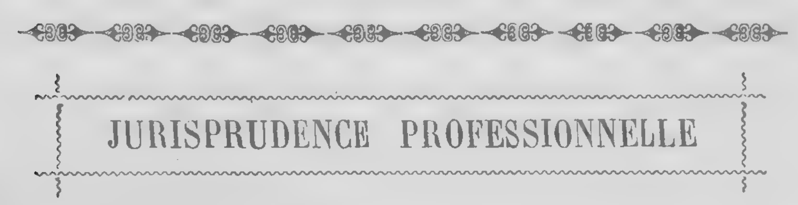
et, avec des pinces fines pointues, appliquer le ciment sur le premier disque, en répandant le ciment sous le disque avec un brunissoir.

(*Dental Cosmos.*)

DENTINE SENSIBLE

Le meilleur moyen de calmer la dentine sensible, c'est d'avoir des fraises propres et tranchantes, des mains sûres, un tour marchant à une vitesse modérée ; de prévenir le patient qu'on va lui faire un peu mal, et d'agir vite.

(*International dental Journal.*)



# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE. — CHIRURGIE. — DENTISTE. — TITRE DE « CHIRURGIEN-DENTISTE ». — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — DENTISTES ÉTABLIS ANTÉRIEUREMENT. — CRÉATION D'UN DIPLÔME.

*Les dentistes non diplômés, auxquels l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 a maintenu le droit d'exercer l'art dentaire, ont-ils le droit, sous le régime de la législation nouvelle, de porter le titre de « Chirurgien-Dentiste » ?*

Répondons par la négative dès maintenant, le titre de chirurgien-dentiste appartenant exclusivement aux titulaires du diplôme créé par la loi de 1892.

Avant la loi du 30 novembre 1892 l'exercice de la profession de dentiste n'était soumis à aucune réglementation spéciale. Comme bien des accidents s'étaient produits, le législateur voulut y mettre bon ordre et sauvegarder la santé publique. Aussi, l'article 2 de la loi de novembre 1892 est-il ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste est délivré par le Gouvernement,..... etc. » La loi a donc créé un grade ou un diplôme nouveau, dit diplôme de chirurgien-dentiste, et qui donne seul le droit de pratiquer l'art dentaire. Mais il y avait les situations acquises à respecter; aussi l'article 32 (*Dispositions transitoires*) de la loi vient-il nous dire que le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

La loi a donc fait une distinction entre les dentistes diplômés auxquels elle confère le titre de « chirurgien-dentiste », et les dentistes autorisés à continuer l'exercice de leur profession en vertu des dispositions transitoires. Cette distinction est encore répétée dans l'article 30 de cette loi sur l'exercice de la médecine, article suivant lequel un règlement délibéré en conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : « .....; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de « chirurgien-dentiste ». Ce qui veut dire qu'en stipulant à quelles conditions l'ancien dentiste patenté pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, la loi refuse évidemment ce titre à ceux qui ne remplissent pas ces conditions.

Si l'on veut pousser encore plus loin ce raisonnement, on voit que

la différence entre les chirurgiens-dentistes et les dentistes en exercice résulte également de la façon la plus nette du décret d'administration publique rendu le 25 juillet 1893, complément et corollaire de la loi de 1892. L'article 5 de ce décret est, en effet, ainsi conçu : « Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à seule la condition de..., etc. », et plus loin : Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de..., ». Les deux expressions sont donc nettement opposées l'une à l'autre.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement dans le texte que se remarque cette différence, mais aussi les droits conférés par la loi aux chirurgiens-dentistes ou dentistes diplômés par l'Etat et aux simples dentistes ne sont pas les mêmes. En effet, les premiers seuls ont le droit de pratiquer l'anesthésie, tandis que les seconds ne peuvent le faire qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé (art. 32).

Deux objections ont été faites au raisonnement que nous venons de tenir.

On a dit d'abord que, bien avant la loi de 1892, le titre de chirurgien-dentiste avait été employé, et que la loi, n'ayant pas d'effet rétroactif quant à l'exercice de la profession, ne saurait en avoir quant au titre.

Mais l'on oublie que le titre de chirurgien-dentiste n'est nullement nécessaire pour désigner la profession que les dentistes exercent et qu'ils peuvent continuer à exercer. Et de même que la loi a retiré aux dentistes en exercice le droit de pratiquer l'anesthésie, de même elle a pu, sans porter atteinte au principe de la non-rétroactivité des lois, leur retirer l'usage d'un titre auquel ils n'avaient aucun droit.

On a prétendu, en second lieu, qu'il résultait des débats parlementaires qui ont précédé le vote de la loi de 1892 que, dans l'esprit du législateur, l'expression : « chirurgien-dentiste » n'avait point le sens et la portée que nous lui donnons, et que même, à diverses reprises, dans le texte de la loi, les mots : « dentiste » et « chirurgien-dentiste » sont pris indifféremment l'un pour l'autre.

Nous avouons ne pas comprendre cette recherche dans les travaux préparatoires ou dans les discussions parlementaires, alors que le texte de la loi est clair et formel. Il est vrai que, dans certains articles, les mots « dentiste » et « chirurgien-dentiste » paraissent avoir été employés l'un pour l'autre. Mais cette anomalie s'explique par cette circonstance que le mot « chirurgien-dentiste », pour désigner les dentistes diplômés par l'Etat, n'a été introduit dans la loi que lors de la seconde lecture et à la suite de l'adoption de l'amendement Ollivier. On a omis d'établir, sur ce point, une concordance entre les différents articles.

Gaston Thomas,
Avocat, Docteur en droit,
Lauréat de Facultés.

(*Indépendance Médicale.*)

## Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

Par décret du 17 août 1897, la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine en France, est rendue applicable aux colonies (les pays de protectorat exceptés), sous réserve de certaines dispositions, dont la suivante concerne la profession de dentiste :

« *Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'article 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1897.* »

---

### ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

SERVICE DU DISPENSAIRE

STATISTIQUE DES MOIS DE MARS, AVRIL, MAI ET JUIN 1897.

| | | |
|---|---|---|
| Inscriptions, malades nouveaux | | 2.970 |
| Consultations, malades en traitement | | 10.449 |
| Total : | | 13.419 |
| *1° Clinique.* | | |
| Consultations sans traitements | 432 | |
| Extractions | 1.190 | |
| Clinique anesthésique | 92 | 3.564 |
| Clinique de prothèse | 130 | |
| Malades passés dans le service de la dentisterie opératoire | 1.820 | |
| *2° Dentisterie opératoire.* | | |
| Pansements et traitements | 5.728 | |
| Gutta-percha, ciments | 2.122 | |
| Amalgames | 810 | 9.582 |
| Aurifications | 199 | |
| Etain | 90 | |
| Nettoyages | 633 | |
| *3° Prothèse pratique.* | | |
| Appareils | 31 | |
| Dents à pivot | 41 | 93 |
| Redressements | 21 | |
| *4° Malades ayant interrompu leur traitement* | | 180 |
| Total général : | | 13.419 |

## SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Le Conseil d'administration se réunira en séance ordinaire, le mercredi 13 octobre à 8 h. 3/4 du soir, chez M. de Marion, président, 21, rue Tronchet.

Aux termes du règlement, tous les membres du Syndicat sont invités à assister à cette réunion.

---

## CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE PARIS

**28, 29, 30 octobre 1897**

Président du Congrès : **Dr A. ROSENTHAL**, de Nancy.

Présidents honoraires :

**MM. DAMAIN, GODON, E. LECAUDEY, MICHAELS.**

BUREAU CENTRAL ET BUREAU LOCAL RÉUNIS

Sous la Présidence de **M. le Dr E. LECAUDEY.**

| | |
|---|---|
| Vice-Présidents. . . | **Ed. PAPOT ; Dr QUEUDOT.** |
| Secrétaire général. . | **DE MARION.** |
| Trésorier. . . . . . . | **STÉVENIN.** |
| Secrétaires. . . . . . | **AMOËDO ; HIVERT ; MENG.** |
| Membres. . . . . . . | **CHOQUET ; DUCOURNAU ; HEIDÉ ; VIAU.** |

*Paris, le* 3 *octobre* 1897.

Monsieur et Cher Confrère,

Nous vous avons fait savoir dans une précédente circulaire que le Congrès dentaire national se tiendrait cette année à Paris. Nous vous avons donné les raisons qui ont décidé la Commission à choisir les dates des 28, 29 et 30 octobre.

Ce choix a paru heureux, si nous nous en rapportons au nombre des adhésions que nous avons déjà reçues. D'ailleurs, les Sociétés dentaires parisiennes, considérant l'œuvre purement scientifique et conciliatrice de ces réunions, ont largement répondu à l'appel de la Commission.

La liste des adhérents et celle des communications qui nous seront parvenues seront publiées prochainement.

Dans une de ses séances le Bureau a décidé que toutes les communications devront nous être remises en temps utile, pour être imprimées et distribuées, quelques jours avant la séance, à tous les membres du Congrès.

Cette manière de procéder a paru répondre aux *desiderata* de tous ; chaque question préalablement étudiée pourra ainsi être discutée au plus grand profit de chacun.

Cette décision nous oblige à demander aux adhérents

qu'ils nous envoient leurs manuscrits le plus tôt possible, car les délais nécessaires à l'impression, à la correction des épreuves et à la distribution des manuscrits, exigent un temps assez considérable.

Nous espérons, Monsieur et Cher Confrère, avoir le plaisir de vous compter parmi les membres adhérents au Congrès; nous espérons aussi que vous voudrez bien contribuer à son succès en faisant une communication ou une démonstration.

Nous vous prions d'agréer nos meilleurs sentiments de confraternité.

*Le Président,*
Dr E. LECAUDEY.

*Les Vice-Présidents,*
ED. PAPOT; Dr QUEUDOT.

*Le Secrétaire général,*
DE MARION.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR POUR 1897 :

I. — *Traitement des dents à pulpe morte.*
II. — *Étude critique sur les pièces à pont.*

NOTA. — La cotisation, fixée à **15 francs**, donne droit au compte rendu des travaux du Congrès.

Les souscriptions doivent être adressées à M. STÉVENIN, boulevard Haussmann, 138.

*Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à M.* DE MARION, *secrétaire général,* 21, *rue Tronchet, Paris.*

---

## LISTE DES ADHÉRENTS AU CONGRÈS DENTAIRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dr Rosenthal, | Nancy. | Viau, | Paris, |
| Damain, | Paris. | Bonnard, | — |
| Godon, | — | Martinier, | — |
| Lecaudey, | — | Richard-Chauvin, | — |
| Michaels, | — | Leger-Dorez, | — |
| Papot, | — | Richard-Chauvin fils, | — |
| Queudot, | — | Cornelsen, | — |
| Mendel, | — | Vacher, Paul, | — |
| Stévenin, | — | Roussel, | — |
| de Marion, | — | Dr Nux, | Toulouse. |
| Hivert, | — | Helot, | Brest. |
| Meng, | — | Mme Gillion, | Avesnes. |
| Amoëdo, | — | Salmon, | Limoges. |
| Choquet, | — | Harvood, | Lyon. |
| Ducournau, | — | Dr Guillot, | Lyon. |
| Heidé, | — | Bonin, | La Mulatière. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vichot, | Reims. | Dr Roy, | Paris. |
| Bouvier, | Lyon. | Dr Sauvez, | — |
| Diparraguere, | Bordeaux. | Mlle Burau, | — |
| Stener, | Grenoble. | Magub, | — |
| Sarradon, | Pau. | Tireau, | — |
| Huron, | Nancy. | Chaussebourg, | — |
| Savarin, | Roanne. | Louis Chaussebourg, | — |
| Pombet, | Le Havre. | Dorangean, | — |
| Hunziker, | Toul. | Rozenbaum, | — |
| Hamonet, | Angers. | Gillard, | — |
| Lot, | Bordeaux. | Coën, | — |
| Dr Hopewel, Smith, | Boston. | Barthelemy, | Nancy. |
| Loup, | Paris. | Crouzet, | Lyon. |
| D'Argent, | — | Frelezeau, | Dijon. |
| F. Jean, | — | Whiting, | Vichy. |
| Billet, | — | Duncombe, | Lisieux. |
| Rollin, | — | Vichot, | Le Mans. |
| Hirschberg, | — | Bailly, | Paris. |
| Bioux, | — | Gruter, | Besançon. |
| Prest, | — | Le Payen, | Nancy. |
| Cecconi, | — | Dr René Rosenthal, | — |
| Bonnet, | — | Dr Michel Rosenthal, | — |
| Paulme, | — | Sifre, | Paris. |
| Touchard, | — | Rigolet, | Auxerre. |
| Lemerle, | — | André, | Paris. |

---

## TRAVAUX ANNONCÉS POUR LE CONGRÈS DENTAIRE

### 1° Rapports.

2e *section.* — Dr Nux, *de Toulouse.* — Traitement des dents à pulpe morte.

3e *section.* — M. Heïdé. — Etude critique sur les pièces à pont.

### 2° Communications.

1re *section.* — MM. Godon et Contremoulin. — Des applications de la Radiographie en art dentaire.

*Id.* M. Chauvin. — De la Radiographie appliquée à l'art dentaire.

*Id.* M. Choquet. — Quelques considérations sur les différentes espèces de Leptothrix buccalis.

*Id.* Dr Hopwel Smith, *de Boston* (*Angleterre*). — Méthode pour préparer des coupes de tissu osseux et des divers tissus dentaires pour démontrer les rapports existant entre les parties dures et les parties molles.

2e *section.* — M. Mendel. — De l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë.

*Id.* M. Chauvin. — Application de l'acide arsénieux pour l'extraction indolore des nerfs.

*Id.* MM. de Marion et André. — Du formol Géranié en thérapeutique dentaire.

*Id.* M. Victor Hamonet, *à Angers*. — Exposé d'un mode opératoire excellent pour le traitement et l'obturation des dents à pulpe morte.

*Id.* M. Rigolet, *à Auxerre*. — Observation sur la cataphorèse dans le traitement des 2e et 3e degrés de la carie.

3e *section*. — M. Heïdé. — Présentations de restaurations buccales.

*Id.* M. Martinier. — Appareil à double traction pour correction du prognathisme du maxillaire supérieur.

*Id.* M. Martinier. — Restauration du maxillaire inférieur.

### 3° Démonstrations pratiques.

Dr Hopwell Smith, *de Boston* (*Angleterre*). — De la méthode pour préparer des coupes de tissu osseux, et des divers tissus dentaires pour démontrer les rapports existant entre les parties dures et les parties molles.

M. Chauvin. — Or mou.

M. Amoedo. — Traitement immédiat des dents à pulpes mortes.

M. Leger Dorez. — Présentation d'un moteur électrique à l'usage des dentistes (modèle breveté).

M. Leger Dorez. — Présentation de deux lampes électriques spéciales couplées pour l'éclairage de la bouche.

M. Cornelsen. — Présentation de moteurs électriques pour le cabinet et pour le laboratoire.

M. Heïdé. — Démonstrations pratiques.

M. Chauvin. — Dents à pivot creux.

M. Michaels. — Présentation du musée Preterre.

M. Victor Hamonet, *à Angers*. — Présentation de pièces à pont fixes et mobiles.

M. Amoedo. — Démonstrations pratiques des procédés du Dr *Bonwill, de Philadelphie*.

---

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE BORDEAUX

Nous applaudissons toujours aux efforts de nos confrères pour élever le niveau moral et scientifique de notre profession; c'est pourquoi nous sommes heureux d'apprendre la création à Bordeaux d'une *Société Odontologique*. Nous prêtons avec plaisir l'hospitalité de nos colonnes à la publication des statuts de cette Société, à laquelle nous adressons nos meilleurs souhaits.

E. P.

### Statuts

*Objet, Siège, Durée.*

Article premier. — La Société Odontologique de Bordeaux a pour but :

1° De grouper tous les chirurgiens-dentistes français jouissant de leurs droits civils et politiques et exerçant l'art dentaire à Bordeaux et dans la région du Sud-Ouest, et de les unir dans une association amicale et confraternelle ;

2° De provoquer ou de patronner dans la mesure du possible les travaux scientifiques intéressant l'art dentaire ;

3° De communiquer aux journaux professionnels et médicaux de France et de l'étranger les différents travaux élaborés au sein de la Société.

Art. 2. — La Société a son siège à Bordeaux, à l'Athénée, rue des Trois-Conils, et sa durée est illimitée.

*Composition de la Société.*

Art. 3. — La Société odontologique de Bordeaux se compose : 1° de membres titulaires; 2° de membres honoraires; 3° de membres bienfaiteurs.

Art. 4. — Les membres titulaires comportent : 1° les chirurgiens-dentistes diplômés d'une Faculté de médecine française, nés Français ou naturalisés Français ; 2° *les docteurs en médecine exerçant spécialement l'art dentaire.*

Art. 4 *bis.* — Exceptionnellement, les chirurgiens-dentistes diplômés d'une école dentaire française antérieurement au 1er janvier 1897 seront admis comme membres titulaires.

Art. 5. — La cotisation annuelle est de *dix francs.* Le droit d'entrée est également de *dix francs.*

Art. 6. — La Société pourra admettre dans son sein à titre de *membres honoraires* les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes, moyennant une cotisation annuelle de *vingt francs.*

Art. 7. — Tout membre sera déclaré *bienfaiteur* moyennant un versement de *cinquante francs* au minimum.

Art. 8. — Les cotisations se payent par trimestre et d'avance.

*Administration de la Société.*

Art. 9. — La Société est administré par un Bureau composé de :

1° Un président ;
2° Un vice-président ;
3° Un secrétaire ;
4° Un trésorier.

Art. 10. — Ces membres sont nommés pour un an. Ils sont rééligibles.

*Mode d'admission.*

Art. 11. — Pour être admis comme membre de la Société, le candidat doit adresser au président une demande appuyée par deux membres de la Société, et être agréé par une commission d'enquête. Le vote a lieu au bulletin secret.

Art. 12. — Les membres de la Société s'engagent à observer les règles d'une bonne confraternité, et notamment à s'abstenir de toute réclame mensongère ou de nature à nuire à la dignité professionnelle.

Nul ne pourra faire usage de son titre de membre de la Société dans un but de réclame.

MEMBRES FONDATEURS DE LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE BORDEAUX

MM.

Baril, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, rue Bouquière, 3.

Barral, diplômé de la Faculté de médecine de Bordeaux, cours du Jardin-Public, 48.

Buchy, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, cours Tourny, 18.

Dubourg, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, Arcachon.

Dumora, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, cours du XXX-Juillet, 17.

Dunogier, docteur en médecine, diplômé de l'École dentaire de Paris, cours Tourny, 51.

Dutour, docteur en médecine, diplômé de l'École dentaire de Paris, rue Huguerie, 43.

Lot, diplômé de la Faculté de médecine de Paris, rue Matignon, 3.

Quéré, docteur en médecine, diplômé de l'Ecole dentaire de Bordeaux, rue Castillon, 22.

Toutes demandes de renseignements doivent être adressées au Dr Quéré, secrétaire général, rue Castillon, 22.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

## BIBLIOGRAPHIE ET REVUE ANALYTIQUE

J.-L. Audebert. — **Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide; sialorrhée guérie par la réduction** (*Presse Médicale*, 22 sept. 1897, n° 78, p. 173). — L'auteur rappelle que, d'après Graily-Hewitt, les vomissements incoercibles de la grossesse auraient pour cause les flexions de l'utérus gravide, et seraient justiciables de sa réduction, et il place parallèlement à cette complication un phénomène plus rare, ayant avec elle une grande analogie : le *ptyalisme*. Il rapporte l'histoire d'une femme de 38 ans ayant eu en 1883 une première grossesse, à la suite de laquelle elle avait souffert d'une endométrite infectieuse et d'une rétroflexion utérine. Cette femme eut une seconde grossesse à la fin de 1895 ; dès la fin du 1er mois, elle remarqua qu'elle avait toujours la bouche pleine d'eau, et bientôt elle fut en proie à un crachotement incessant. Quoique les vomissements ne se fussent montrés qu'à deux reprises, l'appétit diminua, les digestions devinrent pénibles, et la malade commença à maigrir. Un peu plus tard le sommeil devint difficile, et elle eut à souffrir de fréquents évanouissements.

L'examen de la bouche ne montra pas de gonflement des glandes salivaires, mais une congestion des gencives qui saignaient facilement.

L'examen local et le toucher permirent de constater une rétroflexion irréductible de l'utérus.

La salive recueillie en 24 heures s'éleva pendant 4 jours consécutifs à 700, 640, 810, 770 gr. Encore l'auteur fait-il remarquer que ces chiffres ne représentent pas la totalité du liquide sécrété,

une certaine partie étant en outre déglutie et une autre absorbée par les linges dont la malade s'entourait continuellement la bouche.

Les lavages à l'eau boriquée, puis avec une décoction d'écorces d'oranges ; un traitement bromuré à 2, puis à 4 gr. par jour, furent absolument impuissants.

Le 26 février, la rétroflexion fut réduite, et maintenue par un gros tampon. Le jour même de l'opération la malade ne mouilla plus que deux serviettes. Le lendemain l'expituition fut réduite à 160 gr., et trois jours après elle avait cessé à peu près complètement. La malade put reprendre l'alimentation solide, et à la fin du mois suivant elle avait recouvré l'embonpoint et ses forces.

L'auteur rappelle encore une observation de Lwoff dans laquelle il est question d'une femme *qui crachait* 1.600 *cc.* en 24 h. et que plusieurs cautérisations du col au nitrate d'argent débarrassèrent complètement, et, tout en reconnaissant que le ptyalisme, comme les vomissements, peut être également dû à une auto-intoxication gravidique, il termine en insistant sur l'utilité de se préoccuper, en présence d'une complication de cette nature, de la situation et de l'état de l'utérus.

Certes, un tel rôle n'incombe pas au dentiste, mais je crois intéressant pour lui de connaître l'existence et la cause de ce phénomène pour lequel il peut être consulté ou qu'il peut constater incidemment, ayant assez fréquemment à donner ses soins à des femmes enceintes. Cette connaissance lui évitera d'être embarrassé et lui permettra, à défaut d'une intervention qui n'est pas de son ressort, de donner un bon conseil à sa malade, de l'adresser à un homme compétent, et surtout de s'abstenir, quant à lui, d'une thérapeutique dont le moindre défaut serait d'être inutile.

G. M.

---

Les *Annales* que publie tous les ans M. Merck, le savant chimiste de Darmstadt, sont bien connues du monde scientifique, et plusieurs fois déjà nous avons reproduit ici des extraits relatifs à de nouveaux médicaments, alcaloïdes, etc., notamment des notes intéressantes sur la tropacocaïne. Aujourd'hui M. Merck nous adresse un catalogue général, qui est une revision des cinq ou six dernières années; cette importante publication, de plus de 300 pages, est intitulée : *Verzeichniss sämmtlicher Preparate, Drogen und Mineralien mit Erläuterungen.* On y trouve, méthodiquement classés, tous les renseignements désirables, qu'il serait bien difficile de se procurer sans faire de longues recherches bibliographiques.

G. V.

# VARIA

## L'IMPLANTATION DES DENTS EN 1771

Dans un petit ouvrage intitulé *conservation des dents*, publié en 1771 par *M. Bourdet, écuyer, dentiste du Roi et de la Famille Royale, chirurgien ordinaire, opérateur lithotomiste de Sa Majesté, et chirurgien de Mgr le Comte de Provence* ! ! ! on lit les quelques réflexions suivantes sur..... l'implantation des dents, qui montrent que le Dr Younger, de San Francisco, a eu au siècle dernier des précurseurs dans sa méthode de greffe dentaire :

Il y a quelques années qu'à Paris un charlatan des plus confirmés s'avisa de substituer de nouvelles dents à des racines qu'il extirpait. Il commençait par excaver le fond de l'alvéole pour l'agrandir, et pour y loger plus avant la racine de la dent de remplacement, qu'il disait être une dent de mouton, pour singulariser cette belle manœuvre, mais qui n'était qu'une dent ordinaire. Il osa même faire à d'autres personnes, privées depuis longtemps de leurs dents, une opération encore plus douloureuse. Il leur ouvrait les gencives, et faisait dans la mâchoire un trou assez profond pour y loger la racine d'une dent nouvelle qu'il attachait par un fil aux dents voisines, en attendant, disait-il, qu'elle fût reprise. Mais qu'en est-il arrivé ? Que les dents remplacées n'ont jamais tenu que par leurs attaches ; que les gencives se sont gonflées, enflammées, sont devenues fanieuses et suppurantes ; qu'enfin et ces gencives et la mâchoire ont été rongées et détruites au point que la racine de la dent de remplacement s'est trouvée à découvert jusqu'à son extrémité. La bouche s'est ensuite échauffée, est devenue douloureuse ou très sensible, et d'une odeur fort désagréable pour tout ce qui approchait ces personnes. De plus, les dents voisines ont été ébranlées ; et, les dents remises ne pouvant plus être maintenues solidement par les fils, il a fallu les ôter pour faire cesser tout ce désordre.

Voici encore une invention de fraîche date. Croirait-on que, pour maintenir un dentier à la mâchoire supérieure, lorsqu'il ne reste d'un côté qu'une dent, un dentiste ait imaginé de percer de part en part la mâchoire au-dessous du nez, et par conséquent la gencive et l'os maxillaire, pour y passer un fil d'or et y attacher le dentier ? Quel pouvait être le résultat de cette étrange opération ? La pièce qui, pour le moment, paraît solidement établie, ne tarde point à se séparer, et quitte bientôt la gencive, parce que le fil d'or, qui est un corps étranger dans la mâchoire et dans la gencive, concourt à détruire l'un et l'autre avec le poids du râtelier ; en sorte que le trou qu'on a fait, se trouvant usé ou élargi par le frottement de ce fil qu'il a fallu resserrer, à mesure que la mâchoire s'est détruite et dégradée par sa présence, il ne peut plus retenir la pièce. Les diamants qui s'attachent aux oreilles, lorsqu'ils sont d'un certain poids, ont besoin d'avoir des supports ; sans quoi, par leur seule pesanteur, ils déchireraient tellement l'oreille qu'on ne pourrait plus y rien attacher. Une dent sèche implantée avec sa racine dans l'alvéole à la place d'une dent vive qu'on vient d'ôter, et attachée avec un fil d'or aux dents voisines, n'est solide qu'un certain temps, parce que la gencive et même la mâchoire se minent par le frottement

de telle sorte que la pointe de la racine, étant totalement découverte, pique et blesse jusqu'à ce que cette dent soit ôtée. Quel sera donc l'effort du poids d'un dentier? Combien d'ailleurs d'inconvénients inévitables, le percement de l'os maxillaire et la présence du fil d'or occasionnent dans cette partie! Le suintement, la suppuration qui s'établissent, tant à la mâchoire qu'à la gencive, par le frottement continuel du fil et la séparation du dentier, qui cesse bientôt de coller sur la gencive, sont d'une malpropreté que nous laissons concevoir. Qui pourrait donc s'exposer deux fois à subir une pareille opération? Quel serait même le dentiste assez peu sensible à l'honneur de sa profession, ou même assez malhonnête homme pour la répéter deux fois? L'os maxillaire est un os poreux, diploïque, qui s'amollit, se fend et se détruit aisément, quand les gencives sont malades, et que le sang y croupit un certain temps. Que deviendra-t-il, lorsqu'on l'aura percé avec un poinçon triangulaire ou d'une autre forme, qui fait plus ou moins de déchirement? Je n'insisterai pas davantage sur les inconvénients d'une méthode trop infructueuse et trop ridicule pour pouvoir jamais s'établir. Elle est décrite dans le *Journal de Médecine* du mois de juillet 1769.

## PIERRE LE GRAND DENTISTE

On a raconté déjà que tous les *souverains* actuellement régnants, en Europe, *connaissent un métier manuel* qui leur permettrait, le cas échéant, de se tirer d'affaire s'ils avaient à gagner leur vie.

La reine Victoria possède un talent peu ordinaire de dessinateur et d'aquarelliste; de plus, malgré son grand âge, elle brode encore comme une fée, et tricote merveilleusement. Le prince de Galles est un fort habile tisserand, et son fils, le duc d'York, a appris pendant assez longtemps le métier de cordier. Le roi Oscar de Suède manie avec vigueur la hache de bûcheron, et il paraît que l'art du cordonnier n'a plus de secrets pour le roi Humbert. L'empereur Guillaume II a plus de cordes à son arc : il est musicien, peintre, littérateur, etc., professions qui nourrissent assez mal leur homme ; mais, heureusement pour lui, il est un *typographe* adroit.

Le tsar Nicolas II connaît, paraît-il, aussi bien que le plus humble de ses sujets, le maniement de la charrue, de la herse, et de tous les instruments aratoires. Il ensemençait lui-même les terres qu'il possède dans le Caucase, avant de monter sur le trône.

Dans ces conditions, notre Félix n'a plus à rougir d'être un parfait tanneur, et nous ne devons pas nous étonner de le voir faire bonne figure dans un concert de têtes couronnées.

Les souverains d'autrefois étudiaient assez souvent un art ou un métier ; le Grand Frédéric était un flûtiste assez remarquable, et son ami Voltaire nous raconte qu'il acceptait complaisamment des félicitations sur son talent de virtuose. Louis XVI n'était-il pas un mécanicien et un horloger fort habile?

Mais le plus remarquable de tous fut le tsar Pierre le Grand ; il possédait à lui seul la plupart de ces talents, et, sans compter sa remarquable habileté comme constructeur de navires, il était un non moins remarquable dentiste. D'ailleurs, au Musée de l'Hermitage, à Saint-Pétersbourg, en visitant le cabinet dit « de Pierre le

Grand », je me souviens d'avoir vu dans une des vitrines une trousse, très complète pour l'époque, contenant tous les instruments nécessaires pour pratiquer l'avulsion dentaire. Le tsar Pierre était heureux lorsque l'occasion se présentait de faire une opération, et on raconte qu'un jour, étant très en colère contre le gouverneur de l'une des provinces, il le fit venir pour lui adresser une verte admonestation. Celui-ci arriva très penaud ; mais, connaissant la manie de son souverain, il se présenta devant lui en simulant une rage de dent : « Que signifient ces grimaces ? cria le Tsar, furieux. — Sire, voilà quinze jours que je suis sans sommeil ». A ces mots Pierre le Grand se radoucit, demande la fameuse trousse, fait ouvrir une large bouche et pratique (habilement affirme-t-on) l'extraction d'une molaire, que le malheureux fonctionnaire fut bien obligé de signaler comme coupable... Mais, l'opération exécutée, le Tsar ne pensait plus à la réprimande qu'il se proposait de faire, et l'opéré s'esquivait, bien heureux de s'en tirer à si bon compte. G. V.

---

## CHOSES ENTENDUES

— Monsieur, je suis très satisfaite de l'appareil que vous m'avez posé. Cependant il a un petit défaut qui m'ennuie : c'est qu'il se salit au bout de quelques jours, et que je suis obligée de le laver de temps en temps.

---

— Dites-moi, monsieur, quelle est donc cette substance que vous ajoutez au plâtre pour le faire prendre plus vite?

— C'est du sulfate de potasse.

— Ah ! bien. Et comment expliquez-vous son action ?

— C'est très simple... Avec le plâtre, cela forme du sulfate de chaux !

O. Thiède.



## NOUVELLES

Le concours pour deux postes de professeur suppléant de clinique vient de se terminer par la nomination de MM. d'Argent et Loup.

---

On va prochainement célébrer à Pékin le *millénaire* du journal *Kin-Pan*, qui compte mille années d'existence, dit le *Times* de Hong-Kong. Pendant plus de quatre siècles il fut mensuel; vers 1631, il devint hebdomadaire ; enfin, depuis 1800 il était quotidien. Aujourd'hui, il est tri-quotidien. On en tire trois éditions par jour :

le matin sur papier jaune, à midi sur papier blanc, le soir sur papier gris..... Cet exemple n'a rien de menaçant pour nos lecteurs. *L'Odontologie* se contentera de paraître quelque temps encore *bi-mensuellement* seulement !

G. .V

---

### LA DENTISTERIE A NATAL

Le Parlement de Natal vient de voter une loi réglementant l'exercice de la dentisterie, aux termes de laquelle il n'est pas nécessaire, pour être poursuivi, de prendre le titre de *dentiste*, mais simplement d'exécuter une opération dentaire sans être autorisé, sous peine de 6 mois de prison ou de 2.500 fr. d'amende. Les Américains sont écartés pour l'avenir, mais les praticiens pourvus du titre de L. D. S. sont admis.

Il y a, paraît-il, tellement de dentistes dans la colonie, que tous ne peuvent y vivre, et que quelques-uns la quittent.

(*Ash and Son's Quarterly Circular.*)

---

### LES HONORAIRES DES DENTISTES.

Le tarif des honoraires exigibles par les médecins et les médecins-dentistes dans le grand-duché de Hesse, qui remontait à 1865, vient d'être aboli. Ces honoraires seront fixés dorénavant à l'amiable entre le patient et le praticien.

Par contre, un nouveau projet de tarif est à l'étude dans le Wurtemberg, fixant la rémunération à allouer à l'opérateur, de 60 centimes (minimum) à 31 fr. (maximum), suivant la nature de l'intervention.

---

## BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

*Assemblée générale extraordinaire du* 6 *avril* 1897.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

*M. Godon.* — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale, celle du 22 décembre 1896, a été publié dans le numéro de janvier. Quelqu'un a-t-il des observations à formuler ?

Il n'est pas présenté d'observations ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

*M. Godon.* — A la dernière assemblée générale le bureau vous a fait connaître la situation dans laquelle nous nous trouvions en ce qui concerne la question du local. Depuis, la Commission du local, le bureau et les membres du Conseil de direction ont recherché des solutions nous assurant une installation meilleure, et la Commission a été assez heureuse pour trouver un nouveau local ; elle a préparé un projet de location et d'acquisition, l'a adopté, l'a soumis d'abord au Bureau, qui l'a adopté

aussi, puis au Conseil de direction qui l'a adopté également. Malgré les pouvoirs que vous aviez donnés à votre Bureau, nous vous avons convoqués pour obtenir votre ratification, parce qu'en matière de bail on a besoin d'être exactement renseigné.

Il va vous être donné lecture du projet. La parole est au rapporteur.

*M. Lemerle* lit son rapport au nom de la Commission du local, dépose un ordre du jour, qu'il lit également, et fournit quelques explications verbales accompagnant un plan tracé au tableau.

L'immeuble a deux étages et un de mansardes. Nous sommes locataires de la totalité. Il y a déjà des locations assurées ; nous pouvons encore sous-louer un appartement et arriver ainsi à payer à peu près le même loyer qu'ici.

*M. Paulme.* — J'ai vu le local ; il y a des arbres dans le jardin, et le projet de bail n'en parle pas ; cependant si vous voulez construire...

*M. Lemerle.* — Nous avons une autorisation de bâtir ; cela entraîne nécessairement leur abatage.

*M. Viau.* — Il est bon de le spécifier expressément.

*M. Godon.* — Vous voyez avec quel soin ces démarches ont été faites. Tous les membres de la Commission, du bureau et du Conseil même, ainsi que je le disais tout à l'heure, ont fait des recherches très sérieuses, et c'est lorque nous étions le plus découragés de les voir infructueuses que M. Lemerle a mis sur pied ce projet qui nous a tous séduits.

*M. Richard-Chauvin.* — Vous avez un projet de renouvellement de location ici ; ce projet a-t-il encore sa raison d'être maintenant qu'on vous a soumis un nouveau projet?

*M. Godon.* — Non ; mais il l'a eue à un moment. Nous nous sommes, en effet, toujours présentés au Conseil avec trois projets, dont celui de rester ici, afin de ne pas exercer de pression sur le Conseil, et ce dernier a pu choisir entre les trois. Celui que nous vous présentons est celui qui nous semble offrir le plus d'avantages à la Société, aussi bien pour le cas où elle se développerait que pour le cas contraire.

*M. Richard-Chauvin.* — Le nouveau local sera-t-il prêt pour le 1er juillet ? Les services dentaires pourront-ils être isolés d'une façon suffisante pour ne pas gêner les locataires ? Quelques explications à cet égard seraient nécessaires pour rassurer les membres qui ne connaissent pas les lieux. Je les ai visités, pour ma part, et je crois qu'on peut aisément isoler nos services.

*M. Lemerle.* — Nous prenons possession immédiatement, et nous serons prêts en juillet. Si tout n'est pas absolument terminé à cette date, nous aurons ce qu'il nous faudra pendant la période des vacances pour notre clinique, soit au rez-de-chaussée, soit au premier étage, la construction sera faite et couverte dans tous les cas, si les aménagements intérieurs ne sont pas complètement achevés. Afin d'isoler nos élèves et nos malades des locataires, nous avons pensé à faire une entrée spéciale rue de La Tour-d'Auvergne ; il y a également une entrée par la cité rue Milton, mais nous sommes au-dessus de la rue de 5 mètres.

*M. Godon.* — Il est parfaitement possible de localiser l'Ecole sur le derrière, du côté du jardin, et de n'avoir que les locataires sur le devant.

*M. Richard-Chauvin.* — Pour l'entrée spéciale il avait été question d'un mur et non d'une grille.

*M. Godon.* — Nous nous sommes préoccupés de la question ; mais nous ne sommes encore que dans la période d'étude.

*M. Lemerle.* — En gardant les deux étages nous pouvons avoir un loyer qui ne dépasse guère ce que nous avons ici.

*M. Godon.* — Nous vous présentons un projet pour 30 ans, et 30 ans

c'est long. Nous n'engageons pas l'opération d'achat, nous la rendons possible seulement; vous serez donc absolument libres. La moitié environ serait prêtée par le Crédit foncier à 4 fr. 21 0/0 pour 75 ans, et vous avez 15 ans pour trouver les fonds qui seraient encore nécessaires. Nous avons prévu pour l'institution tous les développements dont elle est susceptible.

Le rapport présenté par M. Lemerle et le projet de bail sont mis aux voix et adoptés. Son ordre du jour est également mis aux voix et adopté.

*M. Godon.* — Une nouvelle assemblée générale sera convoquée pour approuver le projet de bail définitif.

Sur la proposition de M. Sauvez, des félicitations sont votées à la Commission du local, et en particulier à M. Lemerle pour l'activité qu'il a déployée en cette circonstance.

La séance est levée à 9 h. 3/4.

*Le Secrétaire général,*
P. Martinier.

## CONSEIL DE DIRECTION

*Réunion du 22 juin 1897.*

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, Lemerle, Löventhal, Martinier, Papot, Prével, Sauvez, Stévenin, Viau.

*M. Richard Chauvin* s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

*M. Martinier* donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté après une observation de M. Papot.

Il donne lecture ensuite d'une lettre de l'élève B. (Renvoyé au Trésorier), d'une demande de congé de M. Devoucoux (Accordé), d'une lettre du Dr Pinet (Renvoyé à la Commission d'Enseignement).

*M. Martinier* donne lecture ensuite de la nomenclature des lettres et documents parvenus au Secrétariat depuis le dernier Conseil, et des réponses qui y ont été faites.

*M. Godon* fait connaître que le Conseil technique et la Commission du local se sont réunis le 4 juin et ont adopté les plans définitifs d'installation de l'Ecole ; ces plans ont été soumis à la Préfecture de la Seine et à l'agent voyer.

Le rapport de la Commission du local est approuvé par le Conseil.

*M. Martinier* donne lecture d'un rapport sur une entrevue de M. Godon avec le Doyen de la Faculté de Médecine, au sujet de l'admission des élèves de l'Ecole dans divers services de médecine et chirurgie des hôpitaux. (Adopté).

*M. Martinier* donne également lecture d'un rapport sur la visite à l'Ecole de M. l'inspecteur d'Académie.

*M. Viau* fait don à l'Ecole de deux gravures et d'une bibliographie manuscrite de la cocaïne en 286 fiches.

La délivrance des inscriptions est fixée au 1er juillet.

Il est procédé à l'examen et à l'adoption définitive de la brochure annuelle.

*M. Lemerle* propose l'admission de M. Léger-Dorez, 23, rue Joubert, comme membre de la Société (Renvoyé au Conseil de famille).

Sur la proposition de *M. Godon*, M. Labro, architecte, est chargé de la gérance de l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne.

Sur la proposition de *M. Godon*, des remercîments sont votés à à M. d'Argent (de Bruxelles) pour la peine qu'il a prise lors de l'installation de l'exposition de l'Ecole.

Un congé est accordé à M. de Lemos, sur sa demande.

*M. Godon* fait part du décès de M. Billet fils et de Mlle de Lemos.

Le Conseil adresse aux parents l'expression de sa sympathie et de ses sentiments de condoléance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

*Le Secrétaire général,*
P. MARTINIER.

---

ERRATUM

Une erreur d'impression s'est glissée dans le numéro du 30 septembre, page 214.

*Il faut lire* : Solution de cocaïne à 20 0/0, *au lieu de* : Solution de cocaïne à 1/20 0/0.

---

## TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

(QUESTIONS ET RÉPONSES)

? *N° 38. — Un dentiste patenté peut-il mettre sur son enseigne en lettres dorées : Un tel,* EX-OPÉRATEUR EN CHIRURGIE DU CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE FRANCE ?

UN ÉTONNÉ.

*Réponse.* — On ne peut se servir d'un titre qu'à la condition que le titre publié soit conforme à la vérité et ne prête à aucune ambiguïté. R.

? *N° 39. — D'après la loi de 1892, un médecin-dentiste ou un chirurgien-dentiste diplômé de Faculté ou un dentiste patenté peuvent-ils s'adjoindre, pour se faire seconder, et même remplacer au besoin, un opérateur n'ayant ni diplôme ni patente ?*

UN ABONNÉ.

*Réponse.* — Etant donné l'importance pratique de cette question, elle sera traitée dans l'un de nos plus prochains fascicules par notre collaborateur spécial.



Wm G. A. Bonwill

17e ANNÉE. N° 14. 30 OCTOBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.


# L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au mois 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

Ce numéro contient en supplément une planche tirée hors texte.


## LE DOCTEUR W. G. BONWILL

William Gibson Arlington Bonwill est né à Camden (Delaware), le 4 octobre 1838. Il fréquenta l'école communale jusqu'à 14 ans, puis jusqu'à 20 ans il exerça différents métiers : ébéniste, charpentier, forgeron, employé de commerce, etc.

Il fut d'abord attiré vers l'étude de la dentisterie, par la vue de quelques dents sculptées, qui l'impressionna parce qu'il avait déjà des aptitudes de sculpteur. Il décida aussitôt d'embrasser cette carrière et demanda à son père de l'aider ; mais celui-ci refusa, prétendant qu'il y avait trop de dentistes. Il résolut alors de gagner l'argent nécessaire à son instruction professionnelle. Il travailla à cet effet pendant quatre ans, et finit par devenir instituteur à l'âge de 20 ans. Il économisa sur ses faibles ressources une somme qu'il offrit au Dr Chapin A. Harris pour quatre mois d'enseignement dentaire.

L'anecdote suivante du début de sa carrière témoigne de l'attitude qu'il observait vis-à-vis du public. Il avait besoin de 4 dollars pour payer sa pension, quand une dame se présenta chez lui pour se faire placer un râtelier supérieur, mais en exigeant que de vieilles racines existant dans sa bouche ne fussent pas enlevées, et offrant, à part cela, de lui payer ce qu'il demanderait.

Bonwill réfléchit un instant et répondit simplement : « Madame, je ne puis faire ce genre de travail ». La patiente quitta son cabinet.

Il était né mécanicien. On prétend que son père, pendant son enfance, pour détourner son esprit de la mécanique, enfermait

tous ses outils dans un cabinet, pour les soustraire à ses manipulations. A ce moment il n'avait que six ans, et pourtant il réussit à faire une clef avec laquelle il ouvrit ce cabinet et rentra en possession de ses chers outils. Son père renonça dès lors à le détourner de la mécanique, et c'est son génie inventif qui a fait de lui un des plus ingénieux inventeurs de notre époque.

Dès 1867, Bonwill imagina son maillet électro-magnétique, perfectionné en 1870. Cet instrument, dit-il, économise les deux tiers du temps, et foule un cahier d'or en feuilles en vingt minutes. Dans un cas il a foulé trois cahiers en quarante-sept minutes et demie. Cet instrument était à peine sur le marché qu'il inventa son maillet mécanique. Puis il construisit pour le tour une pièce à main, qui peut être transformée en un maillet en un instant.

Son premier tour dentaire fut construit en 1869 ; mais il était trop pauvre pour le faire breveter, et, dès lors, il perdit tous ses droits dessus. Il en fabriqua un autre, par la suite, qui fut breveté. Son tour chirurgical est de 1872 : il en conçut l'idée en assistant à une opération maladroite, à l'Université de Pennsylvanie.

Bonwill possède chez lui un musée très intéressant, contenant des modèles de tout ce qu'il a inventé. Suivant lui, son invention capitale c'est son articulateur, basé sur sa découverte que le maxillaire inférieur est un triangle équilatéral. Avec cet articulateur il peut construire une série artificielle de dents remplissant parfaitement toutes les fonctions de la mastication, aussi bien que les meilleures dents naturelles.

Il est le premier qui ait condensé avec un tour, en 1857, le ruban d'or qu'il employait pour aurifier. Il fit la même chose avec l'étain. Ce ne sont là que quelques-unes de ses inventions professionnelles; mais il fit d'autres inventions remarquables : par exemple en 1857 il conçut l'idée d'un injecteur pour la vapeur, système breveté quatre ans plus tard par M. Giffard.

Le brûleur Welsbach porte un anneau qui règle l'arrivée de l'air et assure une combustion parfaite ; Bonwill l'imagina pour les lampes au pétrole, afin d'empêcher la rupture du verre ; etc.

On ignore généralement qu'il est l'auteur de nombreux poèmes.

Le Dr Bonwill a reçu plusieurs médailles comme récompenses de ses inventions, mais il considère comme le plus grand honneur qui lui ait jamais été rendu le fait d'avoir été, au congrès dentaire national de Paris, en 1889, l'objet des acclamations enthousiastes de ses collègues, qui le transportèrent sur leurs épaules tout autour de la salle, en poussant des vivats frénétiques. Il dit que dans sa ville natale il n'a jamais reçu d'honneur semblable et ajoute : « Je suis fier de la façon dont mon pays natal m'a désavoué ».

La biographie qui précède a été publiée par le journal américain *Items of Interest* ; ajoutons que le Dr Bonwill, de passage à Paris ces jours derniers, a bien voulu venir faire à la Société d'Odontologie une remarquable conférence avec les démonstrations qu'il

avait faites au Congrès de Moscou. Cette soirée a été une nouvelle ovation pour notre éminent confrère. A la fin de la séance le président, M. Papot, lui remit, au nom de la Société, une médaille gravée en souvenir de cette intéressante conférence, en lui adressant avec nos remerciements, le souhait que nous formions de le voir revenir parmi nous en 1900 pour le Congrès international de Paris.

Avant la séance quelques amis avaient invité le Dr Bonwill à dîner, et en réponse à plusieurs toasts qui lui étaient adressés, il répondit dans une spirituelle improvisation qu'il gardait trop d'affection pour ses bons amis de France pour manquer l'occasion de revenir trinquer avec eux en 1900, et qu'il avait un trop vif désir de vivre encore assez longtemps pour que le prochain voyage ne fût pas le dernier !

G. Viau.

# Travaux Originaux

## DE L'ÉROSION

*Leçon de Concours pour le poste de professeur suppléant de clinique.*

Par M. d'Argent.

*Définition.* — Si nous cherchons dans le dictionnaire le mot : « érosion », nous lisons :

*Erosion* (du v. latin *erodere*, ronger), action ou effet d'une substance corrosive.

Est-ce dans cette acception qu'il faut aussi concevoir l'emploi de ce mot dans le langage médical ? — Non. — Les mots *érosion*, *usure* etc., souvent employés en pathologie pour désigner le fait d'envahissement par des produits morbides qui se substituent, ne désignent pas une propriété différente de celles qui sont inhérentes à la substance organisée. — Il ne faut donc pas croire qu'il se développe, à un moment donné, dans les éléments normaux, une faculté *de ronger*, *d'user*, *d'éroder*, et qu'il existe des tissus morbides qui jouissent de ce pouvoir par rapport aux tissus sains, à l'exclusion de certains autres, comme font divers acides ou alcalis caustiques, etc.

Cette propriété des éléments d'envahir un tissu et de s'y substituer n'est qu'une modification des propriétés végétatives naturelles ; c'est un degré d'énergie plus considérable dans certains d'entre eux *relativement* à certains autres, et se montrant d'une manière permanente ou temporaire, normalement ou pathologiquement, selon les conditions où se trouvent placés ces éléments. — Dans le tissu envahi, la désassimilation l'emporte sur l'assimi-

lation, et c'est un phénomène de régression qui se produit ; telle est la nature de la lésion qui a reçu le nom d'*érosion* en pathologie.

Ces considérations posées, qu'est-ce donc que l'érosion dentaire et pourquoi cette affection est-elle ainsi dénommée ? — *L'érosion dentaire* est une altération de la couronne des dents qui, au moment de l'éruption, apparaissent comme *usées* ou *rongées* sur une certaine partie de leur hauteur. — Doit-on déduire de cette définition et de l'aspect des érosions dentaires qu'il y a eu *usure*, *corrosion*, comme si les parties affectées s'étaient trouvées exposées à l'action d'un acide ou de toute autre substance caustique, pendant leur séjour au-dessous du bord gingival ?

Il n'en est rien, et cependant quelques écrivains ont attribué la formation des sillons érosifs dans l'émail à l'action chimique d'un liquide corrosif, ou à l'état acide du liquide contenu dans les sacs dentaires.

Cette opinion est aujourd'hui totalement délaissée.

Est-on même fondé à supposer que les portions des dents atteintes ont subi une pression des éléments voisins ayant entraîné leur érosion, c'est-à-dire leur régression, comme se produit l'érosion d'un corps osseux contre lequel s'appuie la paroi externe d'un anévrisme ou d'un kyste ? — C'est également invraisemblable, et on peut conclure que le mot *érosion* a simplement été choisi, ainsi que semble l'indiquer la définition précitée, pour marquer *l'analogie* d'aspect qui existe entre la lésion dentaire et cette action corrosive des acides qui produit l'érosion en général.

*Description.* — L'érosion dentaire est une anomalie de structure, c'est-à-dire atteignant la dent dans ses éléments histologiques. — Tantôt ces altérations ont la forme d'échancrures toujours courbes, occupant le bord libre ; tantôt elles ont la forme de sillons horizontaux partageant en plusieurs divisions la hauteur de la couronne. — *Fait caractéristique* : la lésion n'est jamais isolée à une seule dent, mais affecte constamment sur le même point, à un égal degré et sous la même forme, les dents homologues d'une même mâchoire ou des deux mâchoires.

Lorsqu'il y a plus de deux dents marquées, la distance des sillons, à partir de l'extrémité de la couronne, varie selon l'état de la formation de l'émail au moment où *les causes déterminantes* de l'affection agissaient. — Par exemple, lorsque la ligne des dépressions sur les incisives centrales est située à environ 4 millimètres de leur bord tranchant, elle est à peine éloignée de 2 millimètres du bord tranchant des latérales, et il n'y a que les pointes qui soient marquées aux canines. Lorsque les dentelures sont plus près des bords des incisives centrales, elles existent aussi sur les bords des latérales, mais les canines en sont tout à fait exemptes.

L'érosion est assez rare sur les dents temporaires ; fréquente, au contraire, sur les dents permanentes. — Pour le Dr Parrot, l'érosion des *dents temporaires* atteint, par ordre de fréquence : les canines, les 2es molaires, les 1res molaires, les incisives latérales et les incisives médianes. — Dans les *dents permanentes*, Magitot indique

l'ordre de fréquence suivant : la 1re grosse molaire, les incisives inférieures et supérieures, les canines, les prémolaires, et enfin, très rarement, les 2es et 3es molaires.

On peut donc déduire du tableau du Dr Parrot et de celui établissant la chronologie de la calcification de l'émail, que ce sont les dents à calcification tardive qui sont les plus frappées, et, au contraire de l'ordre indiqué par le Dr Magitot, pour les dents permanentes, que ce sont les dents à calcification précoce qui sont les plus exposées aux érosions. De l'ensemble de ces deux ordres de faits il résulte que c'est dans la seconde moitié de la vie intra-utérine et dans les premières années de l'enfance que se produisent les causes déterminantes de la lésion qui nous occupe.

On distingue quatre variétés d'érosion :

1° *L'érosion en sillon pointillé*, qui consiste en une ligne horizontale de petites dépressions circulaires plus ou moins espacées et profondes ; elle porte aussi le nom *d'érosion en cupules*, chaque dépression ayant cette forme.

C'est la moins grave des érosions, surtout lorsque les points sont isolés, entourés d'émail sain et la dépression peu profonde, c'est-à-dire ne dépassant pas la couche d'émail ; dans ce cas, les dents érodées ont une résistance à la carie presque égale à celle des dents normales ;

2° *L'érosion en sillon continu* est une accentuation de l'anomalie précédente ; au lieu de quelques trous, on remarque une dépression horizontale, continue, plus ou moins profonde et bordée d'un bourrelet irrégulier d'émail normal.

Si l'érosion *en sillon continu* ou l'érosion *en sillon pointillé* siège au bord libre des dents antérieures, elle produit des dentelures anormales, un amincissement du bord ; — sur les molaires, les tubercules ont moins d'amplitude, sont comme recroquevillés et laissent voir des anfractuosités dépourvues d'émail. TELLE EST L'ÉROSION SIMPLE.

Cette érosion, ainsi que la forme précédente, peut aussi se montrer à côté des autres formes existant sur d'autres points de la couronne ; on a alors L'ÉROSION MULTIPLE. — Quand les sillons sont multiples sur la même dent, ils sont parallèles et indiquent des *causes déterminantes* survenues à des époques différentes et dont la plus ancienne correspond à l'érosion la plus rapprochée du bord libre ;

3° *L'érosion en nappe* n'est qu'une extension en hauteur du sillon continu. La couronne apparaît comme rongée par un acide, dans une certaine étendue de sa hauteur, laquelle est presque complètement ou complètement privée de sa couche d'émail. Cette lésion est également limitée par un bourrelet. — Si elle est répétée ou accompagnée de l'érosion en sillon, elle montre la disposition *en étages ou escalier* ;

4° *L'érosion très étendue* ou *amorphisme* (*gâteau de miel de Tomes*). Combinaison et accentuation des différents genres précédents ayant fait perdre à la dent ses caractères distinctifs : retour à la forme

conoïde des dents antérieures — nanisme, — rétrécissement de la face triturante ne montrant plus que quelques aspérités sphéroïdales ou ovalaires remplaçant les cuspides. Quelquefois les incisives latérales supérieures sont rétrécies et plus semblables à des chevilles d'ivoire qu'à des dents, ou bien la dent a la forme d'un cône tronqué, lui ôtant toute ressemblance avec une dent (Musée Saint-Louis).

Le moment nous paraît arrivé de parler d'une forme d'érosion qui a acquis une certaine célébrité par les discussions nombreuses qu'elle a soulevées : nous voulons dire la forme d'érosion signalée par le médecin anglais Hutchinson.

De cette variété, Hutchinson a fait le signe pathognomonique de la syphilis héréditaire. Cette forme ne se constate pas au moment de l'éruption, elle n'existe pas d'emblée, elle est souvent le résultat de la transformation de l'érosion en sillon siégeant au bord libre des dents antérieures. On en distingue trois variétés : la première est caractérisée par une *échancrure semi-lunaire* occupant le bord libre de la dent, qui est entamée suivant une ligne courbe en forme d'arc, dont la convexité regarde le collet de la dent ; la deuxième, dans laquelle les incisives médianes supérieures se présentent rétrécies au niveau du bord libre, élargies au niveau du collet. C'est la *forme en tournevis.*

La 3e forme est caractérisée par *la direction oblique convergente* des mêmes incisives, c'est-à-dire une légère inclinaison en dedans, de façon à les faire converger l'une vers l'autre. — Telle est la dent d'Hutchinson adulte ; mais elle n'a pas toujours le même aspect : *jeune*, elle se présente sans échancrure (seulement une fine dentelure) ; *vieille*, elle se présente également sans échancrure, et cela pour des raisons inverses : il n'y a pas d'usure dans le premier cas, et il y a usure des extrémités saillantes dans le deuxième.

*Pathogénie et anatomie pathologique.* — On ne peut formuler à ce sujet que des hypothèses plus ou moins exactes ; néanmoins, si l'on admet que l'érosion est le résultat des causes que nous énoncerons lorsque nous passerons à son étiologie, on peut expliquer la formation de la lésion de la manière suivante :

L'organe générateur de l'émail, comme on l'admet généralement, est une membrane composée *presque entièrement* de courtes fibres ou corpuscules, de forme hexagonale, qui, par cette forme et par leur arrangement (disposition), correspondent aux fibres de l'émail. — Cette membrane se moule exactement sur la couronne de la dent, et chaque fibre est un canal sécréteur, dont la fonction propre est de sécréter le prisme de l'émail qui lui correspond. — D'un autre côté, on sait que la sécrétion des sels terreux de l'émail commence à l'extrémité coronaire de la dent et s'avance progressivement vers la base de la couronne, de même que, dans chaque fibre, la calcification se fait de l'intérieur de la dent vers l'extérieur. — Avec ces données, on conçoit comment quelque maladie constitutionnelle peut interrompre la sécrétion

des sels terreux qui se déposent dans les cellules de l'émail ou canaux sécréteurs de la membrane intermédiaire pour former les fibres de ce tissu. — Si la maladie survient, en effet, au moment où ce travail s'effectue, elle peut bien empêcher les cellules de se remplir et causer leur destruction, phénomène qui donne à cette portion de l'émail l'aspect piqueté plus ou moins profondément, qui caractérise cette variété d'anomalie. — En d'autres termes, la sécrétion des éléments inorganiques de l'émail s'interrompant pendant quelque temps, la rangée horizontale de cellules de la membrane inférieure dans laquelle ils devaient se déposer n'en sera pas pourvue ; ces cellules n'ayant pu accomplir leur fonction physiologique de calcification, elles s'atrophieront, se détruiront, et, comme il n'existe pas de cellules de réparation, elles laisseront une rangée circulaire d'anfractuosités autour de la couronne. — Mais dès que la maladie constitutionnelle aura parcouru ses phases, la sécrétion des sels terreux recommencera ; et, à moins que l'enfant n'ait une rechute ou une seconde attaque de maladie, capable d'interrompre de nouveau ce travail de sécrétion, les autres parties de l'émail seront régulièrement conformées par les cellules qui n'ont pas été altérées.

*Etiologie.* — On n'a que des présomptions concernant l'étiologie de l'érosion ; mais elles sont tellement vraisemblables que tous les physiologistes s'y sont ralliés et ne sont guère divisés que sur des questions spéciales très subtiles, ainsi que nous allons le voir. — En réalité, l'érosion, quelle que soit sa variété, n'est autre chose qu'un arrêt de développement ou plutôt un trouble temporaire survenu dans la formation des tissus durs de la dent, à une époque qui est variable pour chaque espèce de dent, ainsi qu'il résulte de l'état chronologique de la calcification des dents, lequel nous enseigne que : les premières molaires commencent cette calcification dès le sixième mois fœtal ; les incisives, un mois après la naissance ; les canines, vers le troisième mois ou le quatrième mois, ainsi que les prémolaires ; la deuxième molaire attend la troisième année, et la dent de sagesse la douzième.

*L'identité de nature* des différentes érosions, quelles que soient leur forme et leur étendue, ne saurait être mise en doute.

Quelle peut être donc la cause d'une semblable lésion, se présentant avec des caractères aussi nets et aussi tranchés ?

Les auteurs ont été longtemps divisés sur ce point, et les opinions qu'ils ont émises peuvent se grouper sous trois chefs :

1° *L'érosion peut être produite par toutes les affections graves de l'enfance* ; ceci est une proposition générale à laquelle se rallient la plupart des médecins ;

2° *L'érosion peut être considérée comme le signe* CONSTANT *de la syphilis*, être son signe pathognomonique, opinion émise par Hutchinson et défendue en France par le professeur Parrot (1881) et plus récemment par le docteur Fournier.

3° *L'érosion se rattache* D'UNE MANIÈRE PERMANENTE *à l'éclampsie infantile*, théorie énergiquement soutenue par le docteur Magitot.

Si la première proposition était vérifiée, on pourrait y rattacher la troisième, et elle est aujourd'hui assez généralement admise, même par les plus ardents défenseurs de la cause syphilitique ; il n'y aurait donc plus réellement que deux opinions, qu'on pourrait encore ramener à une, la première énoncée, attendu que les manifestations actives de la syphilis héréditaire se produisent dans le courant de la vie intra-utérine et dans les premiers mois après la naissance, et sont aussi *des affections graves de l'enfance.*

Mais on maintiendra la division, afin de conserver à la trilogie d'Hutchinson ses caractères propres et ses signes pathognomoniques.

Le docteur Parrot faisait de la syphilis la *cause inévitable*, parce que les sujets qui présentent de l'érosion portent presque toujours en même temps des traces de syphilis héréditaire (lésions cutanées, osseuses) et que la syphilis héréditaire se manifeste précisément, chez les enfants, à l'âge où se forment les tissus de la dent.

Mais Magitot, réfutant l'opinion du docteur Parrot, montra des enfants atteints manifestement de syphilis héréditaire et ne présentant aucune trace d'érosion ; — par contre, des sujets atteints d'érosion ont pu contracter la syphilis ; — et enfin, l'érosion, avec ses caractères propres, a été observée chez les animaux qui ne peuvent contracter la syphilis (le chien). — Il prétendait, par contre, que les attaques d'éclampsie ont *toujours* un retentissement sur la formation de l'émail, et qu'il y a coïncidence entre le siège de l'érosion, déduit du tableau chronologique du développement de l'émail, et l'époque de l'apparition de la maladie. — Il conclut en soutenant que l'érosion est *une* dans ses manifestations et ne reconnaît nécessairement qu'une *cause unique*, *constante*, *l'éclampsie infantile.* On lui a objecté que des sujets atteints d'érosion n'avaient jamais eu d'attaque d'éclampsie et que les érosions sont plus fréquentes sans convulsions qu'avec convulsions (Sollier).

Nous trouvons ces opinions trop absolues et nous pensons que, puisque l'on ne peut établir un rapport *de nature* entre la cause et l'effet, mais seulement un rapport *chronologique*, il n'y a nullement lieu d'écarter de l'étiologie de l'érosion les autres affections graves de la première enfance, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, les fièvres diverses, etc. Nous achèverons en citant l'opinion du docteur Fournier :

La malformation d'Hutchinson est spéciale, non seulement par sa configuration, mais aussi par sa localisation habituelle sur les incisives médianes supérieures de la deuxième dentition. — C'est à ce propos que cet auteur dit : « L'échancrure demi-lunaire d'Hutchinson est une présomption formelle, peut-être même un signe certain d'hérédité syphilitique ». — Sauf cette restriction, Fournier est loin d'admettre l'influence héréditaire syphilitiqut seule, pour expliquer les anomalies de structure. Ce sont là, dit-il, des lésions communes, vulgaires, banales, que peut réalisee n'importe quel trouble morbide ; ce sont des lésions témoignan, simplement d'un trouble nutritif survenu dans le plus jeune âge,

et rien de plus ; mais, de toutes les causes qui peuvent produire ces lésions, la syphilis est certes et de beaucoup la plus commune.

*Diagnostic.* — L'érosion se distingue facilement par ses caractères propres. Répétons qu'elle n'est jamais isolée à une seule dent, mais qu'elle affecte constamment sur le même point, à un égal degré et sous la même forme, les dents homologues d'une même mâchoire ou des deux mâchoires. — On ne la confondra donc pas avec les dents atteintes d'anomalie de forme ou de structure : taches, lacunes, ni avec les dents affectées d'abrasion chimique ou mécanique, ni enfin avec des dents frappées de traumatisme.

*Pronostic.* — Lorsque l'érosion est simple, réduite à un sillon peu profond, la dent n'est pas beaucoup plus sujette à la carie que les dents normales ; les effets s'atténuent avec l'âge, et il peut se former de la dentine secondaire qui augmente encore la résistance à la carie. — Dans les érosions profondes, et chaque fois que l'ivoire est visible, surtout aux molaires, la dent sera le siège de nombreuses et fréquentes altérations à évolution plus ou moins rapide, suivant l'état de santé du milieu buccal. — En général, on a remarqué que non seulement les dents sont exposées à une destruction prématurée, mais que la vie même des sujets qui les portent est sensiblement courte, à cause des affections graves de l'enfance et des tares héréditaires dont les érosions sont le signe et qui ont eu leur retentissement sur le développement de ces sujets.

*Traitement.* — Par traitement de l'érosion nous n'entendons pas indiquer quelque procédé susceptible de réparer les lacunes de l'émail ; ce sont malheureusement des lésions définitives, et notre rôle se borne à combattre leurs conséquences relativement à la conservation de l'organe, ou à en corriger l'aspect disgracieux.

A notre avis, le traitement doit être plutôt préventif que curatif. — C'est au médecin qu'il appartient d'apaiser, par une médication judicieuse, la gravité des maladies qu'on suppose produire ces lésions, et surtout de les prévenir par la prescription d'une diététique sévèrement appropriée aux besoins de la première enfance. On a souvent constaté, en effet, que des sujets porteurs d'érosions n'avaient jamais eu de maladies de l'enfance, mais avaient été nourris au biberon avec le lait si peu nutritif vendu dans les grandes villes.

Toutefois, si le traitement des érosions ne laisse pas de grandes ressources, le praticien n'est pourtant pas totalement désarmé en présence de ces anomalies de structure.

1° Il aura à traiter les caries fréquentes qui peuvent se produire, et à les obturer si on les lui présente dans le temps propice ;

2° Il peut rendre insensibles, par l'application du nitrate d'argent ou la cautérisation ignée, les portions de dentine non ramollie mises à nu et hypéresthésiées ;

3° Dans le cas d'érosion très étendue siégeant sur les prémolaires ou sur les molaires, et en cas de carie trop étendue de ces dents, il les revêtira d'une coiffe d'or ;

4° Dans le même cas, aux dents antérieures, ou lorsque, pour des motifs de pure esthétique, il en sera sollicité, ne peut-il pas remplacer les couronnes vicieuses par des couronnes artificielles, dont la durée est aujourd'hui très longue, grâce aux progrès réalisés dans le traitement des caries pénétrantes? (Pour ce qui nous concerne, nous avons fait un travail de ce genre portant sur onze dents);

5° Lorsque l'érosion n'atteint que le bord libre des dents, la résection de la malformation rend à la dent un aspect convenable ;

6° Le meulage de certains bourrelets ou de certaines aspérités siégeant à la face labiale des dents antérieures a souvent été considéré comme suffisant par les malades intéressés pour remédier à l'aspect vicieux de ces dents ;

7° Enfin, citons le traitement imaginé par le docteur Cl. Martin, de Lyon, pour éliminer certaines érosions n'attaquant la dent qu'à une faible hauteur. Il consiste à surélever l'articulation des dents et a utiliser le phénomène d'expulsion qui se produit lorsqu'une dent est dépourvue d'antagoniste. Il utilise ce phénomène en l'accentuant par un effet de traction constante dans le sens qui convient. Le résultat d'élongation obtenu, il enlève avec la meule la partie altérée, et la dent se trouve à la même longueur que ses voisines.

On ne peut encore se prononcer sur les conséquences de ce traitement, en ce qui concerne le filet pulpaire allongé et le ligament péri-dentaire modifié dans ses connexions alvéolaires.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

*Réunion extraordinaire du vendredi* 1er *octobre* 1897.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

*M. Papot.* — Le procès-verbal de la dernière séance a été publié; quelqu'un a-t-il des observations à y formuler?

Aucune observation n'est présentée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

*M. Papot.* — Nous avons la bonne fortune de posséder parmi nous aujourd'hui le Dr Bonwill. Je n'ai pas à vous le présenter, car tous ceux d'entre nous qui sont au courant de la littérature professionnelle connaissent les admirables procédés de notre ingénieux confrère, et tous ceux qui ont assisté au Congrès international de 1889 se rappellent l'enthousiasme avec lequel le Dr Bonwill a été accueilli. Je vous prie donc de vous joindre au Bureau pour souhaiter la bienvenue à notre illustre confrère américain. (*Applaudissements.*)

Mais, avant de lui donner la parole, je tiens à vous annoncer une bonne nouvelle, et à vous tenir au courant du succès qu'ont obtenu des membres du Bureau de notre Société.

L'un de vos vice-présidents — bientôt, je l'espère, votre président, — M. d'Argent, vient, après un brillant concours, qui lui a valu les félicitations unanimes du jury, et où il nous a montré ses grandes qualités pédagogiques, d'obtenir le grade de professeur suppléant de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Le journal *L'Odontologie* sera heureux, d'ailleurs, de publier la dissertation et la leçon clinique de concours de votre sympathique collègue ; mais, ce qu'il sera impuissant à vous faire connaître, c'est sa remarquable diction, qui en fera parmi vos collègues un professeur émérite entre tous.

Notre secrétaire général, M. Loup, qui était l'un de nos chefs de clinique les plus dévoués — j'en parle avec connaissance de cause, il était dans mon service, — vient aussi d'obtenir ce grade de professeur suppléant de clinique.

Je suis heureux, en votre nom, de féliciter chaleureusement nos deux collègues. (*Applaudissements*).

I. Présentations et démonstrations diverses, par M. le Dr Bonwill.

*M. le Dr Bonwill* fait une conférence intéressante en anglais (dont la traduction sera publiée dans un prochain numéro) et présente successivement les divers appareils et instruments qu'il a imaginés : un articulateur, un tour dentaire, un maillet, etc., il indique aussi différents procédés pour la préparation de l'amalgame et de l'oxyphosphate, et accompagne le tout de nombreux dessins. Sa théorie sur les rapports des maxillaires et des dents est fort remarquée, et ses explications provoquent des applaudissements répétés.

M. Amoëdo traduit en français à la Société la conférence de M. Bonwill.

*M. Papot.* — Messieurs, vous avez pu admirer l'ingéniosité des procédés de notre illustre confrère. Pénétré de reconnaissance pour le dévouement du Dr Bonwill qui, au retour du Congrès de Moscou, a bien voulu s'arrêter à Paris et venir vous faire cette conférence, le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, d'accord avec le Bureau de la Société d'Odontologie, a décidé d'offrir au Dr Bonwill un témoignage durable de notre reconnaissance. Je suis chargé de lui remettre ce souvenir, consistant en une médaille, qui lui rappellera la sympathie que professent pour lui les dentistes français. Nous comptons bien le revoir au milieu de nous, lors du Congrès dentaire international qui aura lieu à Paris, en même temps que l'Exposition universelle. Cher Docteur Bonwill, à 1900 !

Je remercie également M. Amoëdo, qui a bien voulu servir d'interprète, et nous promettre de venir développer ultérieurement quelques-unes des théories que vous venez d'entendre.

*M. le Dr Bonwill.* — Quand je suis venu ici, j'étais loin de m'attendre à un tel accueil. Lorsque je partis, le 3 juillet, pour ma tournée de Berlin, de Moscou, de Leipzig, etc., je voulais tout simplement apprendre à d'autres ce que moi-même j'ai appris par une expérience approfondie et par des études sérieuses. Je vous

remercie beaucoup de cette médaille, je l'apprécie plus que je n'apprécierais la Légion d'honneur ; nul n'a fait plus pour moi que vous-mêmes ; aussi souvenez-vous que si, à quelque moment, vous avez besoin de moi, vous pourrez compter sur mon concours le plus absolu. J'espère, en tout cas, vous revoir l'année de l'Exposition, c'est-à-dire en 1900. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à 11 h. 1/2.

*Le Secrétaire général*,
A. LOUP.

---

# CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

3e SESSION (PARIS)

## 28, 29, 30 octobre 1897

**Président d'honneur :**

M. le Professeur BROUARDEL C ✻, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine.

**Président du Congrès :**

M. le Docteur A. ROSENTHAL ✪ (de Nancy).

**Présidents honoraires :**

MM. DAMAIN I ✪ O ✠, directeur de l'Ecole odontotechnique ;
Ch GODON ✪, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris ;
Le Dr E. LECAUDEY ✪ ✻, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris ;
MICHAELS ✻.

BUREAU CENTRAL ET BUREAU LOCAL RÉUNIS

Sous la présidence de M. le Dr LECAUDEY.

**Vice-présidents :**

MM. Ed. PAPOT ✪, président de l'Association générale des dentistes de France, président de la Société d'Odontologie de Paris ;
Le Dr QUEUDOT, président de la Société odontologique de France.

**Secrétaire général :**

M. DE MARION ✪, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ;

**Secrétaires :**

MM. O. AMOEDO ✠, professeur à l'Ecole Odontotechnique ;
HIVERT, vice-président de la Société Odontologique de France ;
MENG ✪, secrétaire de la Société d'Odontologie de Paris.

**Membres :**

MM. CHOQUET, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris ;
DUCOURNAU ✪, président de l'Association de l'Ecole odontotechnique ;

MM. HEIDÉ I ✪ ✠, professeur à l'Ecole dentaire de Paris ;
Le Dr ROY, vice-président de la Société d'Odontologie de Paris ;
VIAU ✪, vice-président du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

BUREAU NON RÉGIONAL

| | | |
|---|---|---|
| *Président :* | M..... | Le bureau non régional sera constitué à la séance préparatoire du jeudi matin. |
| *Vice-président :* | M..... | |
| *Secrétaire :* | M..... | |
| *Membres :* | M..... | |
| | M..... | |
| | M..... | |

**Commission des vœux:**

MM. DAMAIN, GODON, Dr QUEUDOT, VIAU.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — **Constitution du Congrès.** — Un Congrès dentaire national se tiendra tous les ans dans l'une des grandes villes de France, dans la deuxième quinzaine d'août. Les séances dureront trois jours. Elles comporteront des démonstrations cliniques et des discussions orales sur les sujets à l'ordre du jour en odontologie. La ville qui sera le siège du congrès suivant sera désignée par le Congrès dans sa dernière séance.

ART. 2. — **Conditions d'admission.** — Tous les dentistes, médecins et fournisseurs pour dentistes pourront faire partie du Congrès. Un dentiste ou un médecin se recommandant au public par la voie d'affiches, prospectus, réclames, ou par tout autre moyen de publicité contraire à la dignité professionnelle, ne peut faire partie du Congrès. Le Bureau central et le Bureau local peuvent refuser l'adhésion de tout dentiste ou médecin qui se trouve dans le cas ci-dessus. Il peut être appelé de cette décision devant les Bureaux réunis.

ART. 3. — **Administration et Direction.** — Le Congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1° Un Président, nommé pour l'année suivante par le Congrès dans sa dernière séance ;

2° Un Bureau central de six membres de la région parisienne, nommés par le Congrès dans sa dernière séance ;

3° Un Bureau local de six membres, nommés par les dentistes de la région de la ville qui sera désignée comme siège du Congrès ;

4° Un Bureau non régional, composé de six membres, choisis parmi les adhérents au Congrès et pris dans toute la France, région du Congrès et région parisienne exceptées. Ces six membres seront nommés dans la première séance du Congrès.

Le Bureau central est chargé de la direction scientifique, de la publication des travaux et de l'administration générale du Congrès.

Le Bureau local est chargé de l'organisation matérielle du Congrès : démonstrations, lieux de conférences, réceptions, fêtes.

Le Bureau non régional est chargé de représenter les congressistes qui ne font partie ni de la région parisienne ni de la région locale.

Les pouvoirs du Bureau central et du Bureau local durent jusqu'à la nomination de leurs successeurs. Leur délégué devra fournir un rapport

financier et administratif au bureau nouvellement élu, dans un délai d'un mois après la clôture du Congrès.

Le Bureau central désigne six mois à l'avance la question où les questions principales qui seront mises à l'ordre du jour du Congrès.

En cas de conflit, le différend est jugé en une réunion des deux bureaux, à la majorité des voix.

Art. 4. — COMPOSITION DU BUREAU

Président du Congrès.

| *Bureau central.* | *Bureau local.* | *Bureau non régional.* |
| --- | --- | --- |
| Il est composé :<br>D'un Président,<br>D'un Secrét. général,<br>D'un Trésorier,<br>D'un Secrétaire,<br>De deux membres. | Il est composé :<br>D'un Président,<br>D'un Secrét. général,<br>De deux Secrétaires,<br>De deux membres. | Il est composé<br>de<br>Six membres. |

Le président de chaque bureau est vice-président du Congrès.

Le Bureau local pourra s'adjoindre des commissaires ; ceux-ci n'auront pas voix délibérative.

Le président du Congrès et le président du Bureau central ne pourront être élus deux années de suite.

Art. 5. — **Modifications au Règlement.** — Le présent Règlement, ainsi que toute disposition qui y prendrait place, pourra être modifié par le Congrès dans sa dernière séance.

Toute proposition de modification au Règlement devra réunir au moins cinq signatures et être déposée à la première séance, afin que le Bureau en délibère.

Art. 6. — Les membres du Bureau central et du Bureau local doivent se réunir dans la ville désignée, le jour qui précède l'ouverture du Congrès, en une séance d'installation, pour régler l'ordre des discussions et statuer sur les questions financières et administratives.

Ils délibèrent en commun et décident à la majorité des voix.

Les bureaux réunis sont présidés par le président du Congrès ; à son défaut, par le président du Bureau central ou du Bureau local, la préférence étant donnée au plus âgé.

Art. 7. — Les membres des bureaux sortants ont de même une séance de clôture, après la dernière séance du Congrès. Dans cette réunion, ils nomment :

1° Une commission de cinq membres, chargés de la publication des travaux du Congrès ;

2° Un délégué chargé de la liquidation définitive. Ils approuvent les comptes du Trésorier, décident sur l'emploi des fonds et transmettent leurs pouvoirs au nouveau Bureau central. Les membres de ce dernier peuvent assister à la réunion : ils ont seulement voix consultative.

Art. 8. — En dehors de ces deux séances réglementaires, les bureaux se réunissent pendant la durée du Congrès autant de fois que cela est nécessaire.

Art. 9. — Les Assemblées générales sont présidées par le président du Congrès ; le banquet de clôture par le président du Bureau local.

Les séances de sections et celles de démonstrations sont présidées par les présidents et vice-présidents, d'après les désignations des bureaux réunis.

En cas d'empêchement du président du Congrès, le président du

Bureau central ou le président du Bureau local le remplacent, dans l'ordre établi plus haut.

Art. 10. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques ;

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale ;

3° Prothèse et orthopédie dentaires ;

4° Déontologie et enseignement.

Art. 11. — Les questions traitées seront de deux ordres :

Les unes proposées à l'avance par le Bureau central, les autres librement choisies.

Le titre, un résumé des communications et un exposé des démonstrations doivent être communiqués par leur auteur, un mois à l'avance, au président ou au secrétaire général du Bureau central.

Art. 12. — Toute communication ou démonstration peut être refusée si elle n'est pas produite réglementairement, ou si elle est jugée sans intérêt scientifique ou professionnel.

Les démonstrations auront lieu dans la matinée, de 9 à 11 heures ; les communications orales l'après-midi, de 2 à 4 heures.

Art. 13. — Il est nommé un rapporteur pour ouvrir la discussion sur chacune des questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

Les conclusions de ces rapports sont imprimées et distribuées aux congressistes avant l'ouverture de leur discussion. Les rapporteurs et les auteurs de communications auront vingt minutes pour la lecture de leurs rapports ou communications ; les orateurs qui leur répondront ne pourront parler plus de dix minutes sans un vote de l'assemblée.

Art. 14. — **Du Comité de Publication.** — Il est composé de cinq membres, auxquels sont adjoints le président et le trésorier sortants du Bureau central. Il décide sur l'insertion des communications en tout ou partie dans les comptes rendus des travaux du Congrès.

Article Additionnel. — Les dentistes résidant à l'étranger peuvent faire partie du Congrès. Les communications et discussions doivent se faire en français.

Nota. — La cotisation est fixée à **15 francs** et donne droit au compte rendu des travaux du Congrès.

*Questions à l'ordre du jour pour* 1897.

I. — *Traitement des dents à pulpe morte.* Rapporteur M. le Dr Nux.

II. — *Etude critique sur les pièces à pont.* Rapporteur M. Heidé.

## LISTE DES CONGRESSISTES

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Amoëdo, | Paris. | Burt, | Paris. |
| André, | — | Capdeville, | — |
| Bailly, | — | Cecconi, | — |
| Barrié, | — | Chaussebourg, | — |
| Bernard, | — | — (Louis), | — |
| Billet, | — | Choquet, | — |
| Bioux, | — | Claser, | — |
| Blocman, | — | Coën, | — |
| Bogue, | — | Cornelsen, | — |
| Bonnard, | — | Damain, | — |
| Bouvier, | — | D'Argent, | — |
| Brigiotti, | — | De Lemos, | — |
| Mlle Burau, | — | Delorme, | — |

| MM. | |
|---|---|
| De Marion, | Paris. |
| Denis, | — |
| Dorangeon, | — |
| Ducournau, | — |
| Dr Followell, | — |
| Franchette, | — |
| Frandlin, | Suresnes. |
| Dr Frey, | — |
| Dr Friteau, | — |
| Gillard, | Paris. |
| Godon, | — |
| Goldenstein, | — |
| Guillois, | — |
| Heidé, | — |
| Hirschberg, | — |
| Hivert, | — |
| Hotz, | — |
| Jean (Francis), | — |
| Kuenzi, | — |
| Dr Lecaudey, | — |
| Léger-Dorez, | — |
| Legret, | Boulogne-s-Seine. |
| Lemerle, | Paris. |
| Levadour, | — |
| Loup, | — |
| Löwenthal, | — |
| Magub, | — |
| Mamelzer, | — |
| Martial-Lagrange, | Paris. |
| Martinier, | — |
| Meister, | — |
| Mendel Joseph, | — |
| Meng, | — |
| Michaëls, | — |
| Ott (Georges), | — |
| Papot, | — |
| Paulme, | — |
| Prest, | — |
| Prével, | — |
| Dr Queudot, | — |
| Richard-Chauvin, | — |
| — (fils), | — |
| Rollin, | — |
| Ronnet, | — |
| Roussel, | — |
| Dr Roy, | — |
| Rozenbaum, | — |
| Sautier, | — |
| Dr Sauvez, | — |
| Siffre, | — |
| Simon (Vor), | — |
| Spaulding, | — |
| Stévenin, | — |
| Tirau, | — |

| MM. | |
|---|---|
| Touchard, | Paris. |
| Toulouse, | — |
| Vacher (Paul), | — |
| Viau, | — |
| Young, | La Garenne-Bezons. |
| Barthelemy, | Nancy. |
| Bohl, | Castres. |
| Bonin, | La Mulatière. |
| Bouvier, | Lyon. |
| Chouville, | St-Quentin. |
| Crouzet, | Lyon. |
| Debray, | St-Germain. |
| Diparraguerre, | Bordeaux. |
| Duchesne (J.), | Marseille. |
| Duncombe, | Lisieux. |
| Durand, | Lyon. |
| Felizeau, | Dijon. |
| Mlle Felgines, | Aurillac. |
| Gabart, | Bordeaux. |
| Mme Gillion, | Avesnes. |
| Godart, | Pont-à-Mousson. |
| Gruter, | Besançon. |
| Guérin (E.), | Moulins. |
| Dr Guillot, | Lyon. |
| Hamonet, | Angers. |
| Harwood, | Lyon. |
| Hélot, | Brest. |
| Hunziker, | Toul. |
| Huron, | Nancy. |
| Lée, | Reims. |
| Le Payen, | Nancy. |
| Lévêque, | Dijon. |
| Lot, | Bordeaux. |
| Martin, | Saumur. |
| Maurion, | Le Havre. |
| Dr Michel Rosenthal, | Nancy. |
| Monnin, | Le Mans. |
| Dr Nux, | Toulouse. |
| Ott (Eugène), | St-Dié. |
| Périé et fils, | Toulouse. |
| Pombet, | Le Havre. |
| Pompéien-Piraud, | Lyon. |
| Rigolet, | Auxerre. |
| Dr A. Rosenthal, | Nancy. |
| Dr R. Rosenthal, | Nancy. |
| Salmon, | Limoges. |
| Sarradon, | Pau. |
| Savarin, | Roanne. |
| Stener, | Grenoble. |
| — (Henri), | Vichy. |
| Tersian, | Nancy. |
| Tournier-Daille, | Lons-le-Saulnier. |
| Vichot, | Le Mans. |
| — | Reims. |

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Vignot, | St-Brieuc. | Meunier, | Paris. |
| Whiting, | Vichy. | Neech, | — |
| Dr Grevers, | Amsterdam. | Reymond frères, | — |
| Dr Herbst, | Brême. | Rony, | — |
| Dr Herbst fils, | — | Arlet, | Corbény. |
| Dr Hopewel-Smith, | Boston. | Bouvet, | Angers. |
| Dr Telschow, | Berlin. | Dr Bugnot, | Rouen. |
| Astié, | Paris. | Coignard, | Tours. |
| Berthaut, René, | — | Millard, | Rennes. |
| Champagne, | — | Noël, | Nancy. |
| Crane, | — | Prevost, | Nantes. |
| Fay, | — | Schwartz, | Colmar. |
| Insall, | — | Ricardo Costa Grande, | Barcelone. |
| Mary, | — | | |

## TRAVAUX ANNONCÉS

1re *section.* — Anatomie et physiologie normales et pathologiques;
2e — Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale ;
3e — Prothèse et orthopédie dentaires ;
4e — Déontologie et enseignement.

## COMMUNICATIONS

1re *Section.* — MM. Godon et Contremoulin, Des applications de la radiographie et de la radioscopie en art dentaire.

M. Richard-Chauvin, De la radiographie appliquée en art dentaire.

M. Choquet, Quelques considérations sur les différentes espèces de *Leptothrix buccalis.*

M. le Dr Hopewel Smith, *de Boston* (Angleterre), Méthode pour préparer des coupes de tissu osseux et des divers tissus dentaires, afin de démontrer les rapports existant entre les parties dures et les parties molles.

2e *section.* — M. le Dr Nux, *de Toulouse*, Traitement des dents à pulpe morte.

M. Mendel Joseph, De l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë.

M. Richard-Chauvin, Application de l'acide arsénieux pour l'extraction indolore des nerfs.

MM. de Marion et André, Du formol géranié en thérapeutique dentaire.

M. V. Hamonet, *d'Angers*, Exposé d'un mode opératoire excellent pour le traitement des dents à pulpe morte.

A. Traitement des canaux radiculaires dans la carie du 3e degré par l'acide phénique et le di-iodoforme; leur obturation avec des bâton-

nets de gutta-percha faits avec la gutta antiseptique *Poinsot*.

B. Confection des bâtonnets de gutta antiseptique *Poinsot* et leurs avantages.

C. Traitement antiseptique des canaux radiculaires dans la carie du 4e degré, simple ou compliquée, par l'acide thymique et le di-iodoforme ; leur obturation avec des bâtonnets de gutta antiseptique *Poinsot*.

D. Des bons résultats obtenus par des applications prolongées de teinture d'iode pour le rétablissement complet des fonctions mécaniques de dents ayant été atteintes de diverses complications de la carie du 4e degré et dont les canaux ont été traités et obturés comme il est dit plus haut.

M. Rigolet, *d'Auxerre*, Observations sur la cataphorèse dans le traitement des 2e et 3e degrés de la carie.

M. Siffre, Redressement immédiat dans le cas de de rétroversion.

M. le Dr Followell, Anesthésie locale par le Gaïacyl.

M. le Dr Frey, Traitement des hémorragies dentaires gingivales et alvéolaires par la gélatine.

M. Ducournau, Des dents temporaires et des dents de six ans; conséquences fâcheuses du manque de soins, leur traitement.

M. d'Argent, De l'instabilité des anesthésiques réfrigérants. L'Ethyleur et l'Ethyleuse, appareils nouveaux pour obtenir et maintenir le maximum de puissance anesthésique du chlorure d'éthyle.

3e *section.* — M. Heidé, Etude critique sur les pièces à pont.
Présentation d'un cas de restauration buccale.
Présentation d'un cas de restauration buccale et faciale.

M. Martinier, Appareil à double traction pour correction du prognathisme du maxillaire supérieur.
Restauration du maxillaire inférieur.

M. Brigiotti, Articulation défectueuse accompagnée de tic, corrigée par le rehaussement de l'articulation et l'application d'appareils prothétiques spéciaux fixes.
Un cas de redressement tardif suivi de la pose d'un appareil prothétique.

4e *section.* — M. Amoedo, Le rôle des dentistes dans l'identification des victimes du Bazar de la Charité (Communication faite au Congrès de Moscou).
Projet de nomenclature dentaire.

M. Godon, Le service militaire et les dentistes.

## DÉMONSTRATIONS ET PRÉSENTATIONS

1re *section.* — M. Choquet, Présentation d'un microtome.

M. Barrié, Présentation d'anomalies, reproduction en cire.

M. le Dr Hopewell Smith, Démonstration de sa méthode pour préparer des coupes de tissu osseux et des divers tissus dentaires afin de démontrer les rapports existant entre les parties dures et les parties molles.

2e *section.* — M. Richard Chauvin, Aurifications à l'or mou.

M. Amoedo, Traitement immédiat des dents à pulpe morte ;

Présentation du patient opéré l'an passé à Nancy.

Implantation dentaire ; présentation de patients opérés depuis 2, 4 et 6 ans.

Obturations à l'amalgame par la méthode du Dr Bonwill.

Obturations temporaires à la gutta par la méthode du Dr Bonwill.

M. Léger-Dorez, Présentation d'un moteur électrique à l'usage des dentistes (modèle breveté).

Présentation de deux lampes électriques spéciales couplées pour l'éclairage de la bouche.

M. Cornelsen, Présentation de moteurs électriques pour le cabinet et pour le laboratoire.

M. le Dr Followell, Anesthésie locale par le gaïacyl.

M. Franchette, Présentation d'un appareil pour le lavage du sinus maxillaire.

M. De Marion, Présentation d'un stérilisateur à trioxyméthylène (modèle Adnet).

M. le Dr R. Telschow, *de Berlin*, Présentations :

1° d'un nouveau moteur à air comprimé;

2° d'un marteau pneumatique avec pompe à air qui peut en même temps servir à différentes manipulations, par exemple pour faire marcher une pompe à salive,pour l'air chaud et pour vaporiser l'éther ;

3° d'un nouveau vaporisateur pour chlorure d'éthyle ;

4° d'un nouveau ciment : « Fluoride Ciment » ;

5° d'un moyen d'obturer les cavités les plus profondes en une seule séance, malgré l'état morbide des pulpes.

M. d'Argent, Anesthésie par l'Ethyleur et l'Ethyleuse.

M. le Dr Herbst, *de Brême*, Aurifications par l'or submarine. — Aurifications par la méthode rotative. — Obturations à l'aide du verre fondu.

M. Ronnet, Obturations avec de l'émail fusible.

3e *section.* — M. Richard-Chauvin, Dents à pivot creux.
M. Michaels, Présentation du musée Préterre.
M. V. Hamonet, *d'Angers*, Pièces à pont :
Présentation de reproductions de pièces à pont fixes (Bridge Work) actuellement portées. — Remarques sur la forme particulière de la face du pont regardant la crête gingivale.
Présentation de reproductions de pièces à pont mobiles à volonté, actuellement portées. — Préparation de la cavité buccale, en particulier des racines restantes. — Obturations spéciales de ces dernières. — Manière de confectionner ces pièces. — Position spéciale du fil de charpente, du fil de retient.
Forme spéciale du pont sur la face en contact avec les racines restantes et le sommet de la crête gingivale. — Avantages de ces pièces.
M. le Dr R. Telschow, *de Berlin*, Présentation d'une nouvelle presse à vis pour estamper l'aluminium. Démonstration du procédé pour faire des pièces en aluminium.
M. le Dr Herbst, *de Brême*, Des couronnes et du Bridge work.

## SOMMAIRE DES SÉANCES

*Jeudi 28 octobre*

Réunion préparatoire à 10 h. du matin

Au Grand-Véfour, 17 rue Beaujolais (Palais-Royal).

1° Réception des congressistes :
2° Constitution du bureau non régional, par les membres adhérents de province.

## SÉANCE D'OUVERTURE

*à 2 h. 1/2 de l'après midi.*

Au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté.

1° Allocution de M. le Dr Lecaudey, président du bureau local et du bureau central :
2° Discours de M. le Dr Rosenthal, président du Congrès ;
3° Discours de M. le Dr Brouardel, président d'honneur ;
4° Rapport de M. de Marion, secrétaire général ;
5° Communication de M. Joseph Mendel : De l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë, opinion de MM. les professeurs Berger, Duplay, Le Dentu, Terrier et Tillaux ;
6° Discussion.

PUNCH OFFERT AUX CONGRESSISTES
Par le Bureau central et le Bureau local
*à 8 h. 1/2 du soir*
Au Grand-Véfour, 17 rue Beaujolais (Palais-Royal).

*Vendredi 29 octobre.*

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE
3, RUE DE L'ABBAYE.

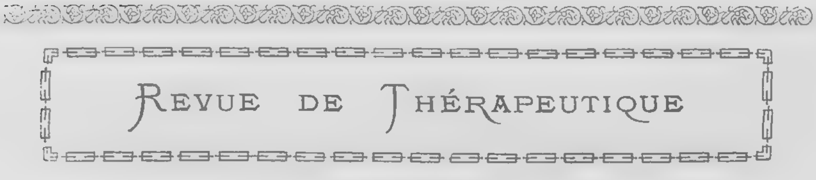
*De 8 h. 1/2 à midi*, démonstrations pratiques.
*A 2 heures*, communications et discussions.
Expositions d'instruments et matériel par MM. les Fournisseurs.

*Samedi 30 octobre.*

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE.

*De 8 h. 1/2 à midi*, démonstrations pratiques.
*A 2 heures*, communications et discussions.
Exposition d'instruments et matériel par MM. les Fournisseurs.
Vœux et motions.
Comptes du trésorier du Congrès de Nancy.
Désignation du siège du prochain Congrès.
Nomination de 6 membres devant former le prochain bureau central.
Election du président pour la prochaine session.

BANQUET DE CLOTURE
*A 7 h. du soir.*
Au Grand-Véfour, 17, rue Beaujolais (Palais-Royal).
Cotisation : 15 fr.




L'EUPHTALMINE.

M. B. Treutler vient d'expérimenter dans le service de M. le Dr C. Hess, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Marbourg, un nouveau mydriatique, *l'euphtalmine* (chlorhydrate den-*méthylvinyl-diacétonalkamine*).

Il a été démontré qu'une solution à 5 ou 10 0/0 de cette substance paralyse l'accommodation et dilate aussi rapidement et aussi complètement la pupille que le ferait une solution d'homatropine à 1 0/0. Sur la cocaïne le nouveau médicament présenterait l'avantage d'exercer une action plus intense sans produire aucune lésion de la cornée.

DES DANGERS DU BROMÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE.

Avec cet anesthésique soit seul, soit associé au chloroforme, on

espérait éviter les accident. Mais, tout en restant peu nombreux, ils sont encore assez inquiétants.

Deux cas de mort, survenus en dix-huit mois à l'hôpital Basmanny, ont décidé l'auteur, M. Pomerantzeff, à abandonner cet anesthésique et lui ont fourni l'occasion de l'étudier chimiquement et cliniquement. Il examine les quatorze cas de morts de Reich, les cas de Ritter, qui a publié 2.000 anesthésies, et il tire les conclusions suivantes :

La mort arrive par intoxication, avec haleine alliacée, dégénérescence aiguë du foie dans certains cas ; dans d'autres, par syncope cardiaque. Le brométhyle n'empêche pas la syncope cardiaque chez les malades ayant un cœur dégénéré et affaibli.

Les accidents se produisent surtout lorsque le brométhyle n'est pas absolument pur.

La meilleure épreuve de la pureté du brométhyle est fournie par l'addition d'un volume égal d'une solution d'azotate d'argent à 1 0/0, qui, à la plus légère impureté, donne un trouble dès que les liquides sont en présence.

Il doit toujours être incolore, et la teinte jaune la plus faible dénote une décomposition plus ou moins partielle.

Les solutions se conservent pourtant très bien six mois et plus dans un flacon noir bien bouché. (*Revue médicale.*)

### Traitement du tic douloureux de la face.

Nous relevons, dans le *Mouvement thérapeutique*, le traitement suivant dans le cas de tic douloureux de la face, qui peut rendre de grands services :

« On fait, une fois par jour, une injection hypodermique de strychnine ; la dose initiale doit être minime, elle est augmentée lentement et progressivement pendant quinze jours. Lorsque la dose maxima est atteinte, on continue encore pendant une semaine, mais cette fois à doses décroissantes. La première injection provoque un léger spasme d'une durée de 5 à 10 minutes, puis, peu après, le malade s'apaise et tombe dans un léger état de somnolence au cours duquel on observe une augmentation de la tension artérielle et une recrudescence de force dans les battements du cœur.

« Trois fois par jour, on donnera au malade de l'iodure de potassium et de la teinture de fer bien diluée ; une diète légère, des diurétiques et le repos au lit complètent le traitement.

« M. Dana insiste tout particulièrement sur l'importance du repos au lit, qui régularise la température du malade et lui permet de tolérer de plus grandes quantités de strychnine.

« Dans un quart environ des cas traités, l'analyse a décélé la présence, dans l'urine, de traces d'albumine avec preuves de néphrite interstitielle et de sclérose artérielle : ces faits ont obligé l'auteur à agir avec la plus grande prudence dans le traitement final. »

### Traitement hypodermique des névralgies.

(*Formulaire de* Boisson.)

L'*aconitine*, recommandée par un grand nombre de praticiens, est une préparation remarquable qui demande à être maniée avec un soin tout particulier, et la plus extrême prudence.

*Aconitine injectable* (Mousnier).

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Aconitine cristalisée | 0 g. 025 m. |
| | Véhicule stérilisé Q. s. pour | 100 c. c. |

Chaque seringue contient 1/4 de milligramme. Ne pas injecter plus d'un centimètre cube à la fois ; il serait même prudent de débuter par une demi-seringue.

Le Dr Lannois a triomphé de *névralgies épileptiformes* de la face à l'aide d'injections d'*hyoscine*, deux dixièmes de milligrame, deux fois par jour.

Dans les *névralgies syphilitiques*, le Dr Okolinsky préconise le *cyanure de mercure*.

Dans les *névralgies du trijumeau*, le Dr Gloueux, de Bruxelles, dit avoir obtenu d'heureux résultats avec des injections de *phosphate de soude*.

Mays et Hayem se sont servis avec succès de la *caféine*. Bram, Hanon, Huchard, Dujardin-Beaumetz, etc., sont partisans de la même médication. Filchne préfère l'*étoxy-caféine*, que recommande aussi Dujardin-Beaumetz.

*Etoxy-caféine injectable* (J. Mousnier).

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Etoxy-caféine | 5 gr. |
| | Salicylate de soude | 6 gr. 25 |
| | Véhicule stérilisé. Q. s. pour | 100 c. c. |

Injecter un centimètre cube à répéter.

Les uns ont simplement recours à la *morphine*, d'autres à l'*atropine-morphine*.

La *gelsémine*, préconisée par Wickam, Legg, Massini, Dujardin-Beaumetz, etc., etc., qui n'ont eu qu'à s'en louer dans le traitement des *névralgies frontales*, *temporales*, *sous-orbitaires*, les *névralgies du trijumeau* et les *névralgies dentaires*.

*Gelsémine injectable* (J. Mousnier).

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Chlorhydrate de gelsémine | 0 gr. 05 cent. |
| | Véhicule stérilisé. Q. s. pour | 100 cent. c. |

Chaque centimètre cube contient 1/2 milligrame. Ne pas injecter plus de 1 centimètre cube à la fois.

Les injections de *quinine* sont tout à fait recommandables ; le *valérianate de quinine et d'antipyrine*, indiqué par Sochaczewski, est aussi destiné à prendre faveur.

Huchard prescrit la *trinitine*, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes.

Le *menthol* est appelé à rendre aussi quelques services.

Roussel a toujours été satisfait de la *paraldéhyde*, 1 centimètre cube à renouveler.

Le *chloral-caféine*, qui a été indiqué comme purgatif par Ewald (mais nous n'avons jamais pu constater que l'injection produisît cet effet), et qui s'injecte sans douleur, paraît devoir rendre de grands services dans le traitement des névralgies.

*Chloral-caféine.*

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Chloral-caféine | 20 gram. |
| | Véhicule aseptique, Q. s. pour | 100 cent. c. |
| | 1 à 2 centimètres cubes. | |

*La mixture calmante antinévralgique* (Mousnier).

Est d'une grande puissance d'action et s'injecte sans causer de douleur appréciable.

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Chloral | 0 g. 50 cent. |
| | Caféine | 0 g. 50 cent. |
| | Analgésine | 0 g. 50 cent. |
| | Aconitine cristallisée | 0 g. 00125 |
| | Véhicule stérilisé. Q. s. pour | 5 cent. c. |

Une seringue, à répéter trois quarts d'heure après, si la première est demeurée sans effet.

Billroth, Reichtensters, Mercer, Shapiro, Neuher et Franck se sont servis de l'acide *osmique*.

*Dose* : 1 seringue par jour, à répéter deux ou trois fois si c'est nécessaire. Les injections sont très douloureuses.

Le Dr Baccelli, de Rome, traite les névralgies, en général, par les injections phéniquées :

| | | |
|---|---|---|
| ℞. | Acide phénique neigeux.................. | 1 gr. |
| | Eau distillée.............................. | 100 cent. c. |

Faire une injection au point douloureux, surtout contre les *névralgies ischiatiques*, supra-orbitaires et intercostales. Le *phéneucalyptol*, préconisé par Roussel, s'injecte plus facilement et rend les mêmes services.

La *cicutine*, à la dose d'un centimètre à renouveler, au besoin, deux et trois fois dans les 24 heures, a été employée avec succès par Dujardin-Beaumetz. G. V.



# ÉCHOS DE PARTOUT

Par Maxille R...

## ODONTODOL.

Dans un article publié par la *Presse Médicale* de Paris, de Bary parle d'un nouveau remède contre les maux de dents, avec lequel on obtient d'excellents résultats. On a donné le nom d'odontodol à cette préparation, qui a déjà trouvé une grande vogue en Italie.

La formule serait la suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne.............................. | 1,000 |
| Essence de laurier-cerise.......................... | 1,000 |
| Teinture d'arnica...................................... | 1,000 |
| Solution de vinaigre acide d'ammonium............ | 2,000 |

Lorsque la douleur provient d'une dent cariée, on met une petite boulette de coton imbibée d'odontodol dans la cavité ; en cas d'inflammation de la pulpe, on recommande de gargariser la bouche avec une solution tiède composée de 10 grammes de décoction de graine de lin pour 5 grammes d'odontodol.

Si les douleurs s'étendent à toute la mâchoire, après avoir fait rincer la bouche on frictionne la surface douloureuse avec quelques gouttes d'odontodol pur.

## GUÉRISON DU HOQUET PAR TRACTION DE LA LANGUE

Une jeune fille souffrait depuis quatre jours du hoquet ; on pouvait compter jusqu'à trente contractions réflexes par minute.

La jeune fille n'était pas hystérique, et le Dr Lépine attribua ce hoquet à un trouble gastrique. Comme il fit tirer pendant une minute la langue à la malade, il remarqua que le hoquet cessait pendant ce temps. Il pensa que le fait de tirer la base de la langue pouvait avoir une influence sur le centre respiratoire; il recommanda donc à la malade de tenir pendant plusieurs minutes la langue fortement tirée hors de la

bouche. Cette recommandation ayant été suivie, quelques contractions spasmodiques se firent encore sentir ; elles cessèrent complètement quelques minutes plus tard, pour ne plus récidiver. Le hoquet avait disparu. Il serait bon dans des cas semblables de tenter la traction continue ou rythmée de la langue.

(*Die Therapie der Gegenwart.*)

### Cocaïnisme.

Malgré les avertissements réitérés donnés par de consciencieux médecins de n'ordonner l'emploi de la cocaïne au public qu'avec les plus grandes précautions, il se rencontre toujours des cas où cette substance est recommandée avec vraiment trop de légèreté au patient lui-même, qui en abuse souvent avec tellement d'étourderie qu'elle devient alors plus nuisible qu'utile.

Le cas suivant a été observé à Chicago. En février de l'année dernière un patient qui souffrait de violents maux de dents consulta un dentiste de cette ville ; celui-ci fit instantanément cesser la douleur en injectant un peu de solution de cocaïne, puis il en remit quelques grammes au patient, en lui indiquant la manière d'opérer, consistant à appliquer cette solution sur la gencive au moyen de boulettes de coton, dans le cas où la douleur se ferait de nouveau sentir. Le patient, qui était très nerveux et craintif et avait déclaré être effrayé à l'idée de se faire extraire une dent, utilisa tous les jours cette solution de cocaïne. Enchanté du résultat, sa provision épuisée, il s'en procura chez un pharmacien, et s'habitua à ce médicament au point de ne plus pouvoir s'en passer.

Au bout de quelques mois, survint de l'insomnie ; dans le but de la combattre, il fit usage de morphine.

Au commencement de cette année, il mourut empoisonné, victime de sa passion pour la cocaïne.

(*Correspondenz-Blatt für Zahnärzte.*)

### Pansements.

Les cotons appliqués en pansements dans les cavités dentaires tiennent plus solidement si l'on a soin de suivre la recommandation de W. D. Miller d'incorporer un peu d'oxyde de zinc dans les mailles du coton.

### Formagen.

A propos de la composition des remèdes secrets, l'*Apotheker Zeitung* écrit :

Le formagen, cette nouvelle préparation si chaudement recommandée et lancée par M. Abraham, dentiste à Konitz, se présente sous la forme d'un ciment ordinaire, un petit flacon de liquide et un de poudre. Le formagen agit comme calmant et sert à coiffer la pulpe douloureuse, dénudée ou amputée, et permet de faire, tout de suite une obturation. En effet, ce produit durcit assez rapidement pour pouvoir obturer la dent avec du ciment, de l'amalgame ou de l'or, de 1 minute à 1 1/2 minute après son introduction dans la partie profonde de la dent.

Le petit flacon de liquide contient 2 1/2 grammes d'un mélange de créosote, d'essence de girofle et de solution alcoolique de formaldéhyde. Le petit flacon de poudre renferme 3 grammes d'une poudre blanc-jaunâtre sans matière organique, laquelle mélangée, triturée avec le liquide, durcit comme du ciment.

La poudre se compose de : 8,44 0/0 d'acide siliceux, 19,84 0/0 d'acide carbonique, 7,06 0/0 de terre argileuse, 52,46 0/0 de chaux, 2,58 0/0 de

magnésie et 7,52 0/0 d'oxyde de zinc. On a également trouvé des traces de potassium et de fer.

Parlant de ce produit, il s'est élevé de différents côtés des protestations contre le prix élevé, 7 fr. 50 auquel les dépôts dentaires vendent ces deux flacons minuscules.

### La cataphorèse.

A propos de la *cataphorèse* le *Bristish Journal of dental science* a écrit : « Les opinions sur la valeur de la cataphorèse sont passablement contradictoires. Les uns déclarent obtenir des résultats surprenants en un espace de temps fort court ; les autres prétendent que ce n'est pas un procédé à recommander, car l'application dure très longtemps, elle est souvent douloureuse, et l'appareil a le don d'effrayer les patients nerveux. Un écrivain affirme que le courant électrique seul, agit tout aussi efficacement qu'avec des solutions fortes de cocaïne ou de gaïacol. Un praticien écrit à ce propos qu'il n'a rien trouvé de mieux pour rendre insensible l'excision de la dentine, que de maintenir la cavité bien sèche, de posséder des instruments bien tranchants, et une main ferme et sûre ».

### Hémorragie.

M. Witkowski, après avoir introduit la ferripyrine dans la thérapeutique, recommande la gaze et le coton à la ferripyrine, qui, selon lui, seraient destinés à supplanter tous les pansements hémostatiques employés jusqu'à ce jour, y compris le coton au perchlorure de fer. Il affirme que le coton à la ferripyrine agit d'une façon plus intense, plus promptement et sans douleur, que celle-ci est plus économique que toutes les autres substances, tout en conservant assez longtemps ses propriétés sans se détériorer.

Pour le médecin, le Gossypium Ferripyrine est spécialement recommandé :

Le coton contient 18 0/0 de ferripyrine. Il trouve son emploi dans une foule de cas, pour le nez, le pharynx, l'utérus, le vagin après des extractions dentaires, etc...

(*Excerpta medica.*)

### La soif et la sécheresse de la bouche.

Elles sont facilement combattues en prenant un verre d'eau dans lequel on a fait dissoudre une cuillerée à thé de poudre de gomme arabique et deux cuillerées à thé de glycérine neutre. Pour rendre cette boisson plus agréable, on peut ajouter quelque peu de jus de citron.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

### Inspection dentaire.

Au cours d'une inspection de la bouche d'un certain nombre d'écoliers fréquentant les écoles primaires d'Itzehoe, il a été trouvé que sur 300 enfants visités 9 seulement possédaient des dents saines.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

### Statistique concernant les narcoses.

Dans une des dernières assemblées de la Société chirurgicale de Berlin, une très intéressante communication sur les différentes substances anesthésiques fut présentée par le secrétaire de cette Société.

Pendant les deux dernières années, il a été enregistré 85 accidents mortels immédiats pour 58.769 anesthésies générales pratiquées, dont on a pu établir le détail comme suit :

37.000 anesthésies avec le chloroforme, 29 décès ;

19.000 anesthésies avec l'éther, 3 décès ;
5.890 anesthésies avec le mélange éther et chloroforme, 0 décès ;
5.000 anesthésies avec le mélange Billroth (morphine, chloroforme et alcool), 0 décès ;

En tout 32 décès pendant l'anesthésie, soit 1 décès pour 1.836 anesthésies.

Les recherches de statistique furent commencées en 1891 ; depuis cette époque il fut enregistré 327.593 anesthésies générales dont 134 ayant occasionné le décès, soit 1 décès pour 2.445 anesthésies.

Au point de vue des risques à courir suivant les différentes substances anesthésiques, il s'est trouvé que l'anesthésie la moins dangereuse est celle obtenue par le mélange de chloroforme et d'éther, 1 décès pour 7.594 anesthésies ; viennent ensuite :

Bromure d'éthyle 1 : 5228 ;
Ether 1 : 5019 ;
Mélange Billroth 1 : 3897 ;
Chloroforme 1 : 2039 ;
Pental 1 : 213 ;

Depuis plusieurs années le pental n'est plus employé.

Il est utile de remarquer que les chances d'anesthésies dangereuses ont augmenté chaque année et plus particulièrement avec le chloroforme ; pour ce dernier la mortalité est : en 1897, 1 décès pour 1.126 anesthésies ; 1895, 1 pour 1.400 ; 1896 ; 1 pour 1.400 ; 1894, 1 pour 1.900 ; 1892,1 pour 2.300 ; 1891, 1 pour 2.700 et en 1893,1 pour 4.200 anesthésies.

Par contre, ces dernières années la mortalité est allée en diminuant avec l'éther : 1897, 1 : 6.700 ; 1891-94, 1 : 5.609 ; 1895, 1 : 3.100 ; 1896, 1 : 2.600.

La mort survient par complications du côté du cœur pour l'anesthésie chloroformique. L'éther a été maintes fois la cause de décès consécutifs à l'anesthésie, des pneumonies s'étant déclarées plusieurs jours après l'opération.

(*Odontologische Blätter.*)

### Moyen de combattre l'haleine fétide.

E. Dietrich recommande :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Saccharine | | 0,50 |
| Acide salicylique. | | |
| Salol | āā | 0,20 |
| Vanilline | | 0,10 |
| Alcool rectifié | | 100.00 |

S. 1/2 cuillerée à café dans 1/2 verre d'eau tiède pour se gargariser 5-6 fois par jour.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

### Mort causée par le bromure d'éthyle.

Le *Journal de Breslau*, à la date du 17 juillet dernier, raconte comme suit un décès consécutif à une anesthésie par le bromure d'éthyle : l'épouse d'un fabricant de parapluies de notre ville, nommé Bode, se rendit hier matin à 9 heures, chez un mécanicien-dentiste (Zahntechnicker) demeurant rue Centrale, pour se faire extraire une dent.

Vers midi et demi, comme M$^{me}$ Bode n'était pas encore rentrée, son mari, inquiet, se rendit au domicile de ce praticien où il trouva sa jeune femme (elle était âgée de 24 ans et avait joui jusqu'alors d'une santé parfaite) à l'état de cadavre.

Cette dame, fort craintive, avait demandé qu'on l'endormît ; à cet effet

elle fut soumise à des inhalations de bromure d'éthyle; mais, la dent extraite, elle ne se réveilla pas. La mort survint vers 9 h. 1/2. Le corps fut transporté au service sanitaire du bureau de police de la ville ; au domicile du mécanicien plusieurs flacons de bromure d'éthyle ont été saisis. Aucun médecin n'assistait à l'opération; ce n'est que plus tard que trois docteurs furent appelés, mais ils ne purent que constater le décès. Une instruction judiciaire est ouverte contre l'imprudent opérateur.

## *INTÉRÊTS PROFESSIONNELS*

### QUESTION DE DROIT PROFESSIONNEL

Par M. Emile Roger,
Avocat à la Cour d'appel.

Chirurgiens-dentistes. Exploitation conjointe d'un cabinet par le mari et la femme. Patente au nom du mari seul ou de la femme séparée de biens. Droits du mari ou de la femme.

Il existe encore une question qui, bien que présentant un caractère transitoire, intéresse un certain nombre de dentistes, si nous nous reportons au nombre des consultations qui nous ont été demandées depuis un certain temps. L'importance de la difficulté pour les intéressés nous a incité à étudier ce point de droit pratique et à faire part dans ces pages des observations que cette étude nous a suggérées.

Voici le cas: quelle est la situation, en droit, nous demande-t-on d'un côté, de la femme mariée qui a exploité, antérieurement à l'année 1892, un cabinet dentaire, conjointement avec son mari, sans que la patente ait été prise à son nom? Quelle est aussi, nous dit-on d'un autre côté, celle d'un mari qui a collaboré avec sa femme *séparée de biens* à l'exploitation d'un même cabinet inscrit à la patente sous le nom de la femme seule?

Doivent-ils bénéficier des dispositions transitoires et être autorisés à exercer au même titre que les dentistes patentés, de telle façon que, si le conjoint patenté venait à décéder, ils pourraient continuer l'exploitation du cabinet; ou bien, faute d'une patente prise à leur nom, les conjoints subsistants ne figurant pas au rôle des patentes, devraient-ils être tenus de fermer le cabinet à la mort des titulaires, bien qu'en fait ils aient pratiqué l'art dentaire conjointement?

Tels sont les deux aspects d'une question qui met en mouvement les mêmes principes et comporte une même solution. L'intérêt, on le conçoit facilement, est énorme pour celui-là ou celle-là, qui, engagé dans la dentisterie depuis de longues années, se verrait obligé de cesser sa profession, faute de pouvoir faire la preuve de cette pratique au moyen d'une patente.

Nous savons que la loi du 30 novembre 1892 subordonne l'acquisition du bénéfice des dispositions transitoires à la justification

de l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892. On a encore présentes à la mémoire les protestations de ceux qui se considéraient comme lésés dans leurs intérêts par cette disposition de la loi. Leurs protestations furent portées devant le Conseil d'Etat qui, groupant les réclamations en plusieurs catégories, a été d'avis que ne pouvaient bénéficier des dispositions transitoires de la loi de 1892 : 1° les dentistes patentés postérieurement au 1er janvier 1892 ; 2° ceux qui auraient exercé cumulativement cette profession avec une autre, sans avoir fait mentionner sur leur patente qu'ils exerçaient aussi l'art dentaire ; mais il a été d'avis d'accorder le bénéfice de l'article 32 notamment « aux dentistes associés secondaires d'une société en nom collectif, exemptés de tout droit en vertu des lois des 15 juillet 1880 et 8 août 1890, et qui se sont établis depuis le 1er janvier 1892, s'il leur est possible de prouver par la production d'un acte ayant date certaine qu'ils faisaient partie d'une société formée antérieurement au 1er janvier 1892, et de justifier qu'à cette date l'associé principal était inscrit au rôle des patentes ».

La question qui nous occupe n'avait point été soumise au Conseil d'Etat ; elle ne l'a été que postérieurement à l'avis rendu et relaté plus haut. Sur cette deuxième consultation supplémentaire, la haute assemblée, procédant par voie d'analogie, a estimé que « les praticiens qui demandaient à bénéficier de l'avis émis par le Conseil d'Etat devaient établir par la production d'un acte ayant date certaine qu'ils faisaient partie d'une *Société constituée* antérieurement au 1er janvier 1892 ». Puis, elle a fait cette réponse à la femme mariée : « Vous ne justifiez pas d'un acte de société en due forme, votre demande doit être rejetée ».

D'où la conséquence que si, au décès du mari titulaire du cabinet, la femme continuait l'exploitation du cabinet, elle se verrait exposée à des poursuites judiciaires pour exercice illégal de l'art dentaire.

Les avis du Conseil d'Etat n'ont qu'une valeur purement consultative et ne s'imposent pas à la justice comme un texte de loi. Est-ce à dire que, si le cas était déféré aux tribunaux répressifs, ceux-ci devraient nécessairement prononcer une condamnation ? Nous ne le croyons pas, et voici les raisons d'équité que nous avons à faire valoir pour reconnaître à la femme le droit de continuer l'exercice de ce qui est, en réalité, sa profession.

Le Conseil d'Etat semble avoir pris pour base de ses avis la règle suivante : le fait d'avoir exercé l'art dentaire antérieurement au 1er janvier 1892 n'est pas susceptible d'être établi par un mode spécial de justification de nature à suppléer à la formalité prescrite par l'article 32, c'est-à-dire à la formalité de la patente. Soit ! pour la généralité des cas. Cependant, il fait exception à cette règle au profit de l'associé secondaire d'une société patentée antérieurement au 1er janvier 1892. Il suffit à cet associé de produire l'acte de société ayant date certaine.

Le Conseil d'Etat n'a pas voulu manquer de logique ; comme, aux termes des lois du 15 juillet 1880 et 8 avril 1890 sur la patente, les associés secondaires sont exemptés de tout droit, il eût été sou-

verainement illogique de ne pas faire une exception en leur faveur. Mais cette exception ne doit-elle pas être étendue, par identité de motifs, à la femme mariée tenant conjointement avec son mari un cabinet dentaire? Nous sommes arrivé au cœur même de notre question.

Nous disons qu'il y a identité de motifs pour assimiler la femme mariée à l'associé secondaire. En effet, la femme mariée exerçant la même industrie est exempte de tout droit, comme les associés secondaires. Ceci résulte virtuellement de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1880, qui dispose que « les mari et femme séparés de biens ne doivent qu'une patente, à moins qu'ils n'aient des établissements distincts, auquel cas chacun d'eux doit avoir sa patente et payer séparément les droits fixe et proportionnel ». On le voit, la femme même séparée de biens collaborant avec son mari n'est pas tenue à la patente ; *a fortiori* la femme commune en biens qui n'a pas de patrimoine personnel, dont les intérêts se confondent absolument avec ceux de son mari et qui exploite un seul et même cabinet. D'après cet article 19, la femme n'est pas imposable ; n'étant pas imposable, elle n'avait point à se préoccuper de faire inscrire la patente aussi à son nom ; dans quel but d'ailleurs? Elle ne pouvait pas prophétiser qu'à un moment donné le législateur ferait de cette inscription au rôle des patentes un mode de preuve, surtout limitatif, dit le Conseil d'Etat ; et que, sans cette justification, elle perdrait tout droit au bénéfice des dispositions transitoires. Donc, dire à une femme-dentiste qui a exercé dans ces conditions qu'elle n'est point habile à bénéficier des dispositions transitoires, parce qu'elle ne justifie pas d'une patente, dont elle était affranchie de par la loi, c'est une injustice flagrante. Tout au moins devrait-on l'assimiler à l'associé secondaire, car son acte de société à elle, et qui a date certaine, c'est l'acte de célébration de son mariage avec son mari, joint à la notoriété publique qu'elle exerçait effectivement l'art dentaire conjointement avec lui.

Elle ne peut pas être plus mal traitée qu'un associé ; n'est-elle pas, en effet, l'associée de son mari — par sa collaboration de tous les jours? Nous disons qu'elle ne peut être lésée d'un droit aussi sacré attaché à sa personne toutes les fois qu'elle justifiera, à l'aide d'un concours imposant de témoignages des plus autorisés, qu'elle a effectivement tenu le cabinet, de concert avec son mari. Cette preuve faite, pourquoi, dès lors, ne pas l'admettre au bénéfice des dispositions transitoires? Au décès de son mari, elle devra fermer le cabinet qu'elle a, par ses efforts, contribué à former, serait-ce possible? Aussi nous disons, pour conclure, qu'elle n'aura point à fermer son cabinet en cas de prédécès de son mari ; — qu'elle attende, en toute sécurité, suivant nous, les poursuites que le parquet croirait devoir exercer ; aucune condamnation ne saurait être prononcée contre elle pour exercice illégal d'une profession qu'elle n'a cessé de professer.

Pour nous résumer, nous disons que : pour être habilitée à exercer, après le décès de son mari, la femme qui a tenu un cabinet

dentaire conjointement avec son mari ne peut être astreinte à produire une patente dont elle était affranchie par la loi ; il suffit, mais il faut qu'elle prouve, par la notoriété publique, qu'elle collaborait effectivement avec son mari à une époque antérieure au 1er janvier 1892 ; il en serait de même, par application des mêmes principes, dans le cas où ce serait le mari qui aurait collaboré avec sa femme séparée de biens et titulaire du cabinet [1].

## A PROPOS DES « NOUVELLES DE BORDEAUX »

M. le Dr Rolland, dans le numéro de septembre (reçu le 11 octobre) des « Archives nationales des Stomatologie et d'Art dentaire », nous consacre six pages et demie (sur seize).

Sous des allures de Capitaine Fracasse, le Dr Rolland excelle dans l'art de travestir les faits. Nous ne nous sentons pas atteints par ce débordement de fiel, et nous estimons que nous restons au-dessus des intentions qu'il nous prête gratuitement ; nous négligerons donc de répondre de point en point à cette longue diatribe d'un atticisme plus que douteux ; nous avons d'ailleurs à fournir à nos lecteurs de la copie plus intéressante pour eux.

N. D. L. R.

*P.-S.* — Un mot encore. M. le Dr Rolland parle de « boutique ». Nous n'aurions certes pas prononcé ce mot, mais puisqu'il vient sous sa plume, il nous permettra bien de lui dire que c'est précisément le terme employé par nos correspondants ; c'est là, paraît-il, le reproche le plus accentué fait à son administration.

---

Quoique nous considérions cette polémique [2] comme ayant assez duré, nous nous trouvons dans l'obligation de publier les lettres suivantes dont M. Lot, membre de l'Association générale des dentistes de France, nous réclame l'insertion à titre de rectification.

*Bordeaux, le* 12 *octobre* 1897.

Mon cher confrère,

Dans le numéro 21 des *Archives nationales de Stomatologie*, le Dr Rolland insinue que, seul, un Professeur a commis des actes

---

1. V. dans ce sens, Cour de Besançon, du 27 juin 1894, dans l'*Odontologie* de 1895, p. 232.

2. Cette polémique se termine cependant d'une façon gaie, car M. Rolland croit nous invectiver d'une jolie façon en nous désignant par: *Messieurs N. D. L. R.* (sic), *arbitres impartiaux;* plus loin : *le collectif anonyme N. D. L. R.*; plus loin encore : *MM. N. D. L. R. ont commis une mauvaise action.* Enfin, le comble de la colère entraînant ce pauvre M. Rolland, il nous lance cette phrase abominable : « *Et je ne définirai point d'un mot les agissements du loyal conventricule N. D. L. R.!!* »

Conventricule?... Nous ne cherchons pas l'étymologie de la première syllabe, mais *ventricule* nous laisse rêveurs..... et nous paraît véritablement excessif. M. le Dr Rolland nous *étonnerait* même beaucoup, lui qui se pique de connaître et de citer ses auteurs, s'il pouvait nous prouver qu'il a trouvé cette apostrophe dans La Bruyère!

Pour calmer M. Rolland, nous voulons bien l'aider à découvrir les noms de l'anonyme CONVENTICULE (et non pas *conventricule* comme l'écrit M. Rolland) N. D. L. R. ; cela veut dire tout bêtement : *Note De La Rédaction*!... .

incorrects, et comme le dit Professeur était membre du Conseil d'administration, il a été tenu de donner sa démission.

Je vous prie de faire connaître dans votre prochain numéro qu'en ce qui me concerne, j'ai donné ma démission lorsque bon m'a semblé, et qu'elle a été acceptée, ainsi que vous pourrez le contrôler après avoir lu les deux lettres ci-jointes. Il est vrai cependant que le Dr Rolland avait pris de son propre chef une mesure qui a été considérée comme nulle et non avenue.

S'il y a eu des actes incorrects de commis, il faut les chercher ailleurs que de mon côté; du reste, je suis entièrement à la disposition du Dr Rolland pour qu'il puisse joindre aux documents qu'il peut avoir ceux que j'ai en ma possession : — cela pourra nous édifier sur la nature des dits actes.

Ce que je trouve surtout bizarre, c'est que le Dr Rolland ne dise pas quels sont les actes incorrects reprochés à la personnalité qu'il vise (*Je parle des actes personnels*).

Enfin, attendons, puisque tout vient à point à qui sait attendre !

Agréez, etc. LOT.

**ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES**
**De Bordeaux**
226, rue Sainte-Catherine

*Monsieur Lot, chirurgien-dentiste.*

Conformément à votre demande, j'ai l'honneur de vous accuser réception de votre démission de professeur.

Je la soumettrai à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Recevez, Monsieur, mes salutations distinguées Dr G. ROLLAND.

Bordeaux, 23 août 1897.

*Monsieur Lot, chirurgien-dentiste.*

J'ai l'honneur de vous informer que le Conseil d'administration accepte votre démission de professeur que vous nous donnez par votre lettre du 20 août.

Recevez, Monsieur, mes salutations distinguées. Dr G. ROLLAND.

Bordeaux, 11 septembre 1897.

## Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1897-98

### SESSIONS D'EXAMENS

POUR LE

### DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste s'ouvriront à la

Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1897-98, savoir : la première, le 8 novembre 1897 ; la deuxième, le 31 mai 1898.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893.

A ces pièces les candidats élèves des Ecoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 30 *juillet* 1886, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures*, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions*, etc.

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1° *Première session*

1er examen, les 25 et 26 octobre 1897 ;
2e examen, les 22 et 23 novembre 1897 ;
3e examen, les 20 et 21 décembre 1897.

*2° Deuxième session*

1er examen, les 16 et 17 mai 1898 ;
2e examen, les 6 et 7 juin 1898 ;
3e examen, les 27 et 28 juin 1898 ;

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — **Dates des examens.** — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

*1° Première session*

1er examen, du 8 au 20 novembre 1897 ;
2e examen, du 6 au 18 décembre 1897 ;
3e examen, du 10 au 22 janvier 1898.

*2° Deuxième session*

1er examen, du 31 mai au 4 juin 1898 ;
2e examen, du 20 au 25 juin 1898 ;
3e examen, du 11 au 23 juillet 1898.

Paris, 20 septembre 1897.

*Le Doyen de la Faculté,*
P. Brouardel.

---

## MAGITOT ET LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE CHICAGO[1]

La Société odontologique de Chicago, reconnaissant les grands services rendus par Magitot au développement de la science dentaire, a adopté la résolution suivante et en a décidé l'envoi à la famille du défunt et aux journaux dentaires des Etats-Unis et de France :

« Magitot naquit à Paris en 1833 et y mourut en 1897. Sa première contribution à la littérature dentaire remonte à 1857, quand il avait 24 ans, et est relative à la structure et au développement des dents humaines, tandis que la dernière est de 1897, peu de jours avant sa mort. Magitot n'a pas écrit moins de 65 ouvrages, articles, brochures, etc., traitant à fond presque chaque point d'embryologie, d'histologie, de biologie, de pathologie, d'hygiène dentaire, etc. Aucun auteur à aucune époque n'a apporté à la science dentaire de contributions aussi nombreuses, aussi variées et aussi remarquables que Magitot.

» Les services inappréciables qu'il a rendus lui donnent le droit d'être rangé au nombre des investigateurs les plus éminents en odontologie. Il était membre de nombreuses sociétés et associations savantes, dans lesquelles ses collègues déplorent sincèrement sa perte. On peut dire en toute vérité que, quand Magitot a quitté le

---

1. Cette note nous est adressée au nom de la *Société odontologique de Chicago*; nous la publions avec empressement.
N. D. L. R.

théâtre de l'activité humaine, la science dentaire non seulement de la France, mais du monde entier, a perdu un de ses esprits les plus grands et les plus marquants.

» La profession dentaire des Etats-Unis, reconnaissant et appréciant les services de Magitot, déplore profondément sa perte, exprime sa sympathie à sa famille éplorée et à la profession dentaire française. »

*Le Bureau:*
A.-W. Harlan, G.-W Wassall,
Louis Ottofy.

Chicago, 1er septembre 1897.

---

On nous demande l'insertion de la note suivante que nous publions bien volontiers :

Les Membres du Conseil d'Administration du *Syndicat des Médecins de la Seine* out examiné, dans leurs séances du 5 et du 11 octobre 1897, le cas du Dr Laporte.

Respectueux des lois, ils ne peuvent cependant s'empêcher de s'élever contre les mesures exceptionnelles prises à l'égard de leur confrère.

En effet, le Dr Laporte ne semble avoir commis, dans les circonstances difficiles où il se trouvait, aucun acte entachant son honneur ou son savoir professionnel ; le résultat malheureux de son opération paraît dû à un accident toujours à craindre dans des cas aussi graves, et cet événement, si regrettable qu'il soit, ne peut équitablement être considéré comme un délit.

D'ailleurs, la responsabilité pénale ne saurait, en bonne justice, exister pour le médecin exerçant son art dans des conditions de moralité nécessaires; une telle jurisprudence rendrait impossibles les applications les plus urgentes de la médecine et de la chirurgie, elle lèserait gravement les intérêts des malades, et compromettrait parfois leur existence.

Quant à l'arrestation prétentive dont le Dr Laporte a été victime, elle apparaît aux esprits les moins prévenus comme cruelle, sans nécessité et sans précédents.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE

### BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE

**Alex.**— Diagnostic des lésions de la commissure des lèvres. (*Journal des praticiens*, 5 juin 1897.)

**Arron.** — Traitement des adéno-phlegmons de l'angle de la mâchoire. (*Journal des praticiens*, 10 juillet 1897.)

**Badcock (J. H.).** — De l'amalgame de cuivre : ses avantages et ses inconvénients. (*Le Progrès dentaire* n$^{os}$ 7, 8 ; 1897.)

**Bastide.** — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement du sarcome du maxillaire inférieur. (Thèse, Paris, juillet 1897.)

**Berger (Emile).** — Emploi de l'holocaïne en ophtalmologie (*Revue de thérapeutique* 1$^{er}$ juillet 1897.)

**Bourneville.** — Calcul salivaire. (*Progrès médical*, 3 juillet 1897.)

**Briais (M.)** — Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez l'enfant. (Thèse, Paris, 1897.)

**Chipier.** — De l'emploi du formol en chirurgie dentaire. (*Journal de médecine*, 18 juillet 1897.)

**Chitterling Nelson.** — Expériences sur la cataphorèse. (*Progrès dentaire*, n° 8 ; 1697.)

**Chompret (J.).** — Hygiène de la bouche. (*Presse méd.*, Paris, 1897, p. 75.)

**Combemale.** — La tuberculose buccale (*Abeille médicale*, 24 avril 1897.)

**Demptos.** — De l'ostéo-tuberculose du maxillaire supérieur et de ses différentes formes. (Thèse, Bordeaux, 1897.)

**Dubourdieu.** — Des tumeurs bénignes de la base de la langue et de quelques autres affections à allure bénigne de la même région (syphylome, hypertrophie de l'amygdale linguale, mycosis). (Thèse, Bordeaux, 1897.)

**Eschalman (S.)** — Traitement des canaux pulpaires. (*Progrès dentaire*, n° 8 ; 1897.)

**Faivre.** — L'hygiène de la bouche dans les collèges. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 23 juin 1897 *et* 20 juillet 1897.)

**Faure (J.-L.).** — Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 4 juillet 1897.)

**Franchette.** — Le sinus maxillaire ; son anatomie, etc. *Revue odontologique*, n° 7 ; 1897.)

**Gauzence de Lastours.** — Technique et applications médicales des rayons X. (Thèse, Bordeaux, 1897.)

**Gibert.** — Sur l'anesthésie par l'éther. (Thèse, Paris, juillet 1897.)

**Gourdon.** — Traitement du bec-de-lièvre compliqué. (Thèse, Bordeaux, 1897.)

**Grosjean.** — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur. (Thèse, Nancy, 1897.)

**Harry (B. Hickman).** — Cire aristo-paraffinée pour les canaux radiculaires. (*Progrès dentaire*, n° 8 ; 1897.)

**Head (Léon F.)** — L'exercice de l'art dentaire en Espagne. (*Progrès dentaire*, n° 8 ; 1897.)

**Klippel et Lefas.** — De la sialorrhée. (*Gazette des hôpitaux*, 15 mai 1897.)

**Lacour.** — La pharyngotomie sous-hyoïdienne; technique opératoire; indications cliniques. (Thèse, Paris, juillet 1897.)

**Le Dentu et Delbet.** — Traité de chirurgie clinique et opératoire ; (tome V), maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la face et des mâchoires, (in-8°, 895 p. avec fig.)

**Le Nadan (L.-G.).** — Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue. (Thèse, Bordeaux, 1896.)

**Leplat (A.).** — La névralgie des édentés; tic douloureux de la face; sa guérison. (*Journal de médecine de Lille*, 1897.)

**Morisot.** — Des abcès aigus de la moitié antérieure de la langue. (Thèse, Bordeaux, 1887.)

**Papin.** — Des fractures du maxillaire inférieur. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Pitane.** — Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Prévost.** — Mycosis du pharynx. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Rymer (J. R.).** — Des dents mortes et de leur traitement. (*Progrès dentaire*, n° 7 ; 1897.)

**Schultz (M^lle^).** — Traitement opératoire du croup ; écouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Shorrock (J.)** — Substances d'empreintes et porte-empreintes. (*Progrès dentaire*, n° 8 ; 1897.)

**Tarrade.** — De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale ; de l'efficacité du phosphate de chaux dans son traitement. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Thiébaut.** — Revue critique des antiseptiques iodés ; contribution à l'étude de l'aïrol. (Thèse, Nancy, 1897.)

**Thorp.** — Des accidents observés pendant et après l'éthérisation. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

**Van de Poel (L.).** — La carie du collet des dents dans l'arthritisme, son traitement. (*Journal médical de Bruxelles*, 8 juillet 1897.)

**Vernon Knowles.** — Procédé simple d'application des couronnes. (*Le Progrès dentaire*, n^os^ 7-8 ; 1897.)

**Weglenski (de.)** — Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée. (Thèse, Paris, juillet, 1897.)

G. V.



# VARIA

## NOS COLLABORATEURS LES SINGES

La revue scientifique américaine « *Engineering and Mining* » raconte très sérieusement que le singe vient d'être employé dans certaines mines du Transvaal comme ouvrier.

Cet anthropoïde constitue, paraît-il, un auxiliaire très utile, chaque individu exécutant le travail de *plusieurs* ouvriers. Les morceaux de quartz aurifère sont confiés à ces singes qui les rangent et les classent *méthodiquement* (?) dans l'emplacement qu'on leur a indiqué d'avance. Leurs yeux ne laissent échapper aucune parcelle du précieux minerai, et la place est parfaitement nette après l'exécution de leur travail.

Ces singes semblent donner entière satisfaction à leurs patrons; ils s'acquittent de leur tâche avec joie, se rendent d'eux-mêmes à leur travail le matin et le quittent le soir au signal donné. De plus, ils vivent ensemble en très bonne intelligence.

Les choses extraordinaires que l'on peut faire exécuter aux *quadrumanes* sont sans limites, et il me semble que mon ami Gros-

claude a raconté les avantages qu'il y aurait à leur enseigner le piano, notamment la facilité qu'ils auraient de pouvoir jouer tout seuls un morceau à *quatre mains* !

Je ne crois donc pas avancer une proposition exagérée en disant qu'il me semble possible d'enseigner le travail très minutieux, très « *méthodique* », mais nullement scientifique, de l'aurification à l'or adhésif, à ces animaux, qui ne sont après tout que nos ancêtres. Je livre d'ailleurs mon idée pour rien à qui voudra en faire l'essai.

G. V.

---

## CHOSES ENTENDUES

— Qu'est-ce que c'est donc, monsieur, que ce bocal à poissons rouges que vous avez là dans le coin ?

— C'est une pompe à salive, monsieur.

— Une pompe à salive ? ? ?

— Oui. L'eau, en s'écoulant, du réservoir supérieur dans l'inférieur, produit une aspiration qu'on utilise pour entraîner la salive.

— Tiens ! tiens ! C'est très ingénieux cela. Et c'est, naturellement, de l'eau stérilisée que vous avez là-dedans ?

---

— Pourquoi donc cette enfant a-t-elle les dents si mauvaises ?

— Parce que sa salive est acide.

— Tiens ! sa salive est acide. Pauvre chérie ! c'est dangereux ça ? Mais pourquoi sa salive est-elle acide ?

— Parce que ses dents sont mauvaises... et qu'elles retiennent des débris alimentaires dont la fermentation altère la réaction de la salive.

---

— Oh ! mon Dieu, qu'est-ce que c'est que cette bouillie-là ?

— C'est du plâtre, madame ; c'est pour prendre l'empreinte.

— Et c'est dans la bouche que vous voulez me mettre ça ?...

O. THIÈDE.




Les cours théoriques et pratiques de l'année scolaire 1897-98 rouvriront à l'Ecole dentaire de Paris le lundi 7 novembre.

La séance solennelle d'ouverture, comprenant la distribution des récompenses et la remise des diplômes, aura lieu dans le courant de novembre.

---

Dans un journal danois nous lisons que M. Herbst s'est rendu à

Copenhague, cet été, pour prendre part au Congrès scandinave tenu dans cette ville.

On lui consacre un long panégyrique dans lequel on vante la grande ingéniosité de cet inventeur infatigable, sa grande habileté comme praticien, et surtout la largeur de ses vues et de ses idées, particulièrement en ce qui concerne les nombreuses démonstrations qu'il fait incessamment dans toutes les Sociétés d'Odontologie, laissant ainsi profiter tous ses confrères de ses recherches et de leurs heureux résultats.

On y rappelle aussi le prix de mille francs qu'il attribue à l'inventeur d'un moyen efficace contre l'hypéresthésie de la dentine au sujet duquel nous avons déjà publié une information dans l'Odontologie. H.

---

Nous recevons la 6e brochure annuelle du *Collège dentaire* de la province de *Quebec*, Canada. Cette brochure est publiée en anglais et en français et le programme présente cette particularité parmi les écoles américaines que l'examen d'admission à cette Ecole peut se passer aussi en langue française.

Voici d'ailleurs le programme :

**Latin.** Commentaires de César, livre I ; Enéide de Virgile, chant I. Questions sur la grammaire et la construction.

**Anglais.** Dictée. Questions sur la grammaire et analyse. Traduction en anglais d'un passage de *Télémaque*.

**Français.** Dictée. Questions sur la grammaire. Analyse critique du *Bourgeois gentilhomme*.

**Histoire** d'Angleterre, de France et du Canada.

**Géographie** moderne, principalement de l'Empire Britannique, de la France et de leurs colonies.

**Littérature.** Eléments ; Histoire de la littérature française depuis le règne de Louis XIV.

**Arithmétique**, jusqu'à la racine carrée inclusivement ; système métrique.

**Algèbre**, jusqu'aux équations à deux inconnues du premier degré inclusivement.

**Géométrie.** Euclide, livres I, II, III, et les vingt premières propositions du livre VI ; mesure de la surface et du volume des corps géométriquement réguliers. On peut remplacer Euclide par Eysséric, chapitres I, II, III de la géométrie plane, et chap. II de la géométrie dans l'espace.

NOTE. — Les matières qui précèdent sont obligatoires. Les candidats devront, en outre, choisir un des deux sujets suivants :

**Philosophie.** Logique, Métaphysique, Morale.

**Physique.** Statique et Dynamique des corps solides, liquides et gazeux ; chaleur.

**Botanique**<br>**Eléments de Chimie** } Ces sujets seront ajoutés l'année prochaine.

Pour les candidats qui passent l'examen en anglais, le programme est exactement le même, avec un examen de français qui consiste en une traduction de Fénelon et en questions de grammaire française.

G. V.

---

Le Comité républicain indépendant du IXe arrondissement a offert dans la grande salle du Grand-Orient de France, un punch à M. Strauss qui vient d'être élu sénateur. Plus de 2.000 personnes

avaient tenu à venir affirmer au nouveau sénateur qu'il quittait le mandat municipal avec toute leur confiance. MM. Sauton, président du Conseil municipal, Dubois, président du Conseil général, Baudin, Lucipia, etc., sont venus retracer la belle carrière de M. Strauss.

Cette soirée a été pour lui un véritable triomphe, auquel nous avons été heureux de nous associer.

E. Bonnard.

---

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

## QUESTIONS

? N° 40. — *Quel procédé peut-on employer pour polir les dents artificielles que l'on a dû déformer ?*

? N° 41. — *A qui doit-on l'invention des appareils en aluminiun coulé ?*

---

# AVIS

On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *l'Odontologie* leur carte de visite, ou à défaut une petite note contenant les détails nécessaires : nom, prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresses, etc.

17e ANNÉE. N° 15. 15 NOVEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.



# L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au mois 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro est de 48 pages, soit 8 en supplément.

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

## BULLETIN

### LE 3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Le 3e Congrès dentaire national a eu lieu. La séance d'ouverture, présidée par M. le Professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, s'est tenue dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, spécialement décoré pour la circonstance. Plusieurs professeurs de la Faculté y assistaient; d'autres s'étaient fait excuser. La profession dentaire, rattachée officiellement à la profession médicale par la loi de 1892, a reçu de la sorte, pour ainsi dire, le baptême de cette dernière, a obtenu droit de cité et d'entrée dans son sein, et se trouve maintenant faire corps avec elle. Après la consécration légale de son existence, c'est la consécration de fait. Les deux professions sont désormais deux sœurs, puisque l'adoption a eu lieu sous la paternité du chef de la première école de médecine française.

Par le nombre des membres qui y ont pris part — plus de deux cents — aussi bien que celui des communications et des démonstrations qui y ont été faites, le 3e Congrès dentaire national laisse loin derrière lui les deux premiers. Mais il n'y a pas lieu de s'en étonner : l'attrait qu'exerce toujours la capitale d'un grand pays — surtout quand cette capitale s'appelle Paris — devait forcément attirer beaucoup de membres du monde dentaire. Quoique cette affluence ne soit donc pas faite pour nous surprendre, et que nous ayons tout lieu de nous en réjouir, nous n'en estimons pas moins, comme l'a exprimé le président du bureau central, que Paris doit être réservé aux congrès internationaux, et que les assises profes-

sionnelles annuelles auraient plus utilement leur siège dans les grandes villes de province.

Bien que le Congrès fût purement national, des confrères étrangers éminents n'ont pas craint de faire un long voyage pour venir y montrer les résultats de leurs recherches. C'est ainsi que le Dr Herbst, de Brême, un fidèle de nos réunions, a vivement intéressé les congressistes, par l'ingéniosité de sa technique et les progrès incessants qu'il apporte à notre arsenal opératoire. Le Dr Telschow, de Berlin, a présenté également ses nouveaux perfectionnements. Le Dr Hopewell Smith a montré ses méthodes de micrographie, auxquelles on a prêté une attention particulière, etc., etc.

Et maintenant hâtons-nous de constater le grand succès qu'a obtenu cette réunion corporative, ainsi que la courtoisie parfaite qui n'a cessé de régner entre les membres des deux Ecoles et des diverses sociétés qui y étaient représentées, et de nous en féliciter. Nous le prouverons surabondamment en disant que les démonstrations pratiques n'ont pu être terminées dans le délai choisi, et qu'il a fallu ajouter une sixième séance à celles qui avaient été primitivement fixées. Pour quiconque a assisté au premier Congrès dentaire international de 1889, l'assemblée de 1897 rappelle quelque peu ce grand tournoi professionnel si réussi, contemporain de la Grande Exposition, et fait porter d'heureux présages sur le nouveau Congrès international projeté dans la Capitale pour 1900.

La Rédaction.



# Travaux Originaux

## CLINIQUE DE PROTHÈSE [1]

### EXAMEN ET PRÉPARATION DE LA BOUCHE

Par M. P. Martinier,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

### *Article Ier. — Examen et traitement préparatoire.*

L'examen de la cavité buccale, en vue d'y appliquer le traitement préparatoire à la pose d'appareils de prothèse, est de la plus grande importance pour la réussite de ces appareils.

C'est de cet examen, qui doit être fait avec le plus grand soin, que dépendent :

1° Le choix de la substance qui sert à prendre l'empreinte ;

2° Le choix de la substance qui sert à la confection de l'appareil ;

3° La combinaison et le mode de rétention de l'appareil.

1. Voir *Livres et Revues*, page 359 du présent numéro.

La bouche, considérée dans son ensemble, se compose de parties molles, *muqueuses*, et de parties dures, *dents*.

L'examen doit porter successivement sur chacune de ces parties, car leur état, pathologique ou normal, fournit des indications précieuses au point de vue de la combinaison des appareils, de leur tolérance, de leur stabilité et de leur durée.

§ 1er. — Examen des parties molles.

L'examen des parties molles comprend l'examen de la muqueuse qui recouvre les joues, les lèvres, la voûte palatine et le voile du palais, et qui se termine au sommet des crêtes alvéolaires, au niveau du collet de la dent qu'elle sertit.

L'exploration doit s'étendre à toutes ces parties, et particulièrement aux gencives qui doivent être saines, car l'appareil porte plus directement sur elles ; si elles étaient le siège d'abcès ou de fistules provenant d'une dent voisine ou d'une racine dissimulée, l'appareil serait mal toléré et susceptible de modification dans sa stabilité, à plus ou moins bref délai.

Si l'on se trouve en présence d'une muqueuse ou d'une gencive irritées, atteintes d'inflammation, on doit tout d'abord établir un traitement approprié, pour les ramener à l'état sain.

**Traitement préparatoire.** — Il comprend le nettoyage des dents et le traitement des gencives.

**1° Nettoyage des dents.** — La propreté étant une des conditions essentielles de la bonne application d'un appareil prothétique, il faut procéder à un nettoyage minutieux [1] ; il facilite le choix de la teinte, et il est indispensable en présence d'une gingivite d'origine tartrique.

Si les dents restent recouvertes d'une couche de tartre, les résultats obtenus sont déplorables ; cette couche peut, par la suite, se détacher et déranger l'ajustement de la pièce de prothèse. De plus, la gencive, comprimée entre ce tartre et l'appareil, provoque de la douleur, et son inflammation augmente.

Enfin, si le tartre reste, il tend à s'accumuler ; l'appareil aidant à la rétention des phosphates, la couche augmente progressivement et déchausse de plus en plus les dents, qui finissent par tomber.

**2° Traitement des gencives.** — Le nettoyage terminé, si l'inflammation des gencives est due à la présence du tartre, quelques jours de repos, quelques collutoires ou gargarismes la font disparaître.

Si l'on se trouve en présence d'une stomatite ou d'une gingivite spécifique, c'est à l'état général que l'on doit s'attaquer tout d'abord ; un traitement local approprié à l'inflammation amène ensuite la guérison.

L'état pathologique de la muqueuse, qui résulte de la présence

1. Voir Godon, *Clinique dentaire et dentisterie opératoire. Manuel du Chirurgien-Dentiste.*

de dents cariées ou de racines, disparaît par le traitement ou l'extraction des dents ou racines.

Après les extractions, pour favoriser et hâter la cicatrisation de la gencive, on fait laver fréquemment la bouche avec une solution de chloral à 2 p. 100 ; et pour leur raffermissement une application, faite à l'aide d'un pinceau, de glycérolé de tannin à 10 p. 100, donne d'excellents résultats.

On se trouve également bien de gargarismes, souvent répétés, avec une décoction d'écorce de chêne.

§ 2. — Examen des parties dures.

On doit procéder à l'examen des *dents* par élimination successives.

Il y a donc lieu d'examiner :

1° Les racines ;

2° Les dents cariées ;

3° Les dents non cariées.

1° **Racines.** — L'état des racines doit faire l'objet d'une inspection très minutieuse, car la thérapeutique dentaire permet de garder les racines dont on peut espérer la guérison et dont la conservation peut être indispensable à l'esthétique.

*En principe*, toutes les racines qu'on peut traiter sans redouter des accidents postérieurs, doivent être conservées. Ceci s'applique aux racines des prémolaires supérieures et inférieures pour les appareils à plaques, et à toutes les racines pour les appareils sans plaque.

Lorsque la couronne d'une dent ou même de toutes les dents a été détruite par traumatisme ou carie, la partie restante, *la racine*, doit être considérée comme devant servir de base à la restauration prothétique de l'organe dentaire, si, par le traitement approprié et l'obturation du canal [1], il semble possible d'en obtenir la guérison durable. Les indications d'extraction restent les mêmes pour les racines dentaires que pour les dents restantes ayant conservé tout ou partie de leur couronne (esthétique, gêne d'articulation, sénilité précoce, ébranlement, pyorrhée alvéolaire, périostite chronique, etc.) (Godon). Dans le cas où un appareil dentaire à plaque est indiqué et où, pour des motifs divers, les racines ne peuvent être soignées (insuffisance de temps, difficulté du traitement, etc.), il est préférable de les extraire.

Les *racines des dents antérieures*, incisives et canines, exigent une attention spéciale. La règle est de *les conserver*, surtout lorsque des dents saines alternent avec ces racines.

En effet, si la racine disparaît, la résorption alvéolaire, puis la rétraction de la partie de gencive correspondante, déterminent une dépression qu'il faut combler en mettant une dent avec gencive artificielle en porcelaine, dont l'ajustement présente tou-

1. Voir, pour le traitement de la carie dentaire et restauration totale des dents, Ch. Godon, *Dentisterie opératoire. Manuel du Chirurgien-Dentiste.*

jours des difficultés et dont la solidité laisse souvent à désirer.

Les racines des dents antérieures doivent donc être conservées dans tous les cas où un traitement peut leur être appliqué avec succès.

L'*extraction* est cependant *indiquée* pour les racines rebelles à tout traitement, ainsi que pour les racines dont la couronne a disparu depuis longtemps et dont la résorption est trop étendue ou la solidité des parois trop compromise pour permettre de les obturer avec chance de succès.

Lorsqu'il reste des débris de couronne, il est nécessaire, avant de les sectionner à l'aide de la pince coupante, de faire, à l'endroit choisi pour cette section (à la meule, à la lime ou à la scie), une encoche très profonde, afin que la pince ne rencontre qu'une faible résistance. Sans cette précaution on s'expose à une fracture de la racine dans sa longueur, ce qui rend impossible sa conservation dans la bouche.

Soignées et guéries [1], sectionnées au niveau du collet de la dent, ces racines doivent être obturées avec le plus grand soin, soit à l'aide de ciment, d'amalgame ou d'or, soit encore à l'aide de tiges métalliques (aluminium, platine) scellées dans le canal radiculaire, et coupées au niveau de la racine sectionnée. Elles sont ensuite meulées à la hauteur et même un peu au-dessous de la gencive.

Ainsi traitées, elles peuvent demeurer sous l'appareil pendant de nombreuses années, sans causer aucun ennui.

2° **Dents cariées.** — Toute dent cariée doit être conservée, sauf dans les cas suivants :

*a.* Lorsque la partie restante de la couronne ne permet pas de compter sur sa solidité pour le maintien d'un appareil prothétique ;

*b.* Lorsque la partie restante de la couronne d'une dent de devant s'oppose à l'application des lois de l'esthétique par sa forme, sa coloration, sa direction ou son siège ;

*c.* Si elle est un obstacle à l'articulation normale et occasionne des difficultés ou des irrégularités trop grandes pour la confection de l'appareil ;

*d.* Enfin, quand le traitement indiqué ne peut être appliqué avec succès. Une dent atteinte, par exemple, de carie du 4e degré avec périostite chronique ne pourra être d'aucun service et rendra la mastication, à l'aide de l'appareil, difficile, sinon impossible.

Il faut donc, en règle générale, faire disparaître les dents dont la guérison complète n'est pas certaine.

Les dents cariées dont on est sûr d'obtenir la guérison totale, sont traitées selon leur degré de carie. La guérison assurée, on doit choisir la matière qui sert à les obturer.

Les dents devant servir de maintien ou de support à des crochets en or ne doivent pas être obturées avec l'amalgame, car le contact des deux métaux différents donne naissance à un petit courant galvanique qui, si faible soit-il, n'en est point moins fort désa-

1. Voir traitement des racines 4e degré. Ch. Godon, *Dentisterie opératoire.*

gréable. Ces dents doivent donc être obturées au ciment, ou mieux encore aurifiées.

3° **Dents non cariées.** — En général, les dents non cariées doivent être invariablement conservées, n'y en aurait-il qu'une, sauf dans les cas suivants :

*a.* Lorsqu'elles ont subi dans leurs attaches ligamenteuses des troubles assez intenses pour ébranler leur solidité. Tels sont les cas de déchaussement, de déviation, d'allongement, d'ébranlement, d'articulation vicieuse, etc.

*b.* Les dents en dehors de l'arcade ou dont le siège serait par trop nuisible à l'esthétique de l'appareil ou qui seraient une gêne pour l'articulation.

*c.* Les dents causant des douleurs névralgiques par suite de calcification pulpaire.

Austen donne comme règle d'extraire les dents saines, s'il n'en reste pas plus de quatre à chaque mâchoire.

Cette règle est vraiment trop radicale. Le principe suivant semble une vérité dont il faut plutôt se pénétrer :

*Toute dent naturelle, même obturée, vaut mieux qu'une dent artificielle.*

Les objections que l'on oppose à la conservation des dents saines viennent de ce qu'on prétend que les dents restantes sont ébranlées par le poids de l'appareil. Ces objections sont nées d'appareils mal ajustés et mal équilibrés. Lorsque l'appareil est bien ajusté et heureusement combiné, les dents restantes sont souvent précieuses pour le maintien et la rétention de l'appareil.

Si l'appareil exige pour sa rétention des demi-crochets appelés *étais*, on choisira les dents qui devront être séparées, et l'on devra procéder tout de suite à cette séparation à l'aide de petites limes de différentes épaisseurs.

La résection d'une petite partie de l'émail des deux dents est sans importance, à condition de polir avec soin les parties réséquées, afin que les parcelles alimentaires ou les ferments buccaux ne trouvent pas de parois rugueuses susceptibles d'aider à leur rétention.

Si certaines dents restantes forment une irrégularité par suite de leur allongement ou de l'usure des dents voisines, on doit, à l'aide de la meule, réséquer la partie proéminente pour les mettre au niveau des autres, à moins que l'allongement ne soit trop accentué et qu'il y ait danger pour la vitalité de l'organe.

### *Article II. — Temps nécessaire entre l'extraction des dents et la pose de l'appareil.*

La bouche bien préparée, doit-on procéder immédiatement à la pose de l'appareil ? C'est là une question bien controversée.

Harris et Austen émettent l'opinion suivante : « Ce temps varie de huit à quinze mois, suivant les sujets. Mais peu de personnes veulent bien se résigner à rester si longtemps sans dents..... Il est donc avantageux de poser des dents artificielles peu de temps après l'extraction, l'intervalle entre l'extraction et la pose variant

de quelques heures à quelques jours, de quelques semaines à quelques mois, suivant les cas ».

Voici maintenant ce que dit Oakley Coles : « Combien de temps faut-il laisser écouler entre l'extraction et la pose des dents artificielles ? C'est une question qui rend singulièrement perplexes ceux que ne guide point l'expérience pratique. *A priori* on pourrait croire que ce temps doit être considérable ; pratiquement, d'après mon expérience personnelle, vingt-quatre heures suffisent ; ainsi, il m'est arrivé maintes et maintes fois d'appliquer une série complète de dents artificielles, après avoir enlevé la veille plus de dix dents ; et ce sont les cas où il s'est écoulé le temps le plus court entre l'extraction et le remplacement des dents, qui m'ont montré le moins de résorption, surtout chez les sujets comparativement jeunes ».

Ces opinions se basent sur les différents phénomènes physiologiques qui se produisent après l'extraction et qui sont les suivants :

*Première période :* cicatrisation des gencives ;

*Deuxième période :* résorption du bord alvéolaire déterminant une déformation et un affaissement du bord gingival.

Il est donc facile de déduire la conclusion suivante : la cicatrisation des gencives exigeant un laps de temps variant de quelques jours à un mois, on doit attendre cette cicatrisation pour procéder à la pose d'un appareil prothétique. Sans cette précaution, on risque d'occasionner au patient des douleurs très vives, résultant de la compression que détermine l'appareil sur ces plaies ouvertes et très sensibles, sans préjudice des accidents locaux qui pourraient se manifester.

La résorption alvéolaire a lieu pendant un temps indéterminé, variant de six mois à deux ans. On a proposé, pour activer le travail de résorption alvéolaire, de faire la résection d'une partie des alvéoles, après des extractions multiples, aussitôt après l'opération. Quoi qu'il en soit, ce travail est très long et dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels nous citerons : le siège, l'état et le nombre des dents extraites, la constitution et l'âge du sujet. Il semble impraticable, tant au point de vue de l'esthétique qu'au point de vue de la mastication, d'attendre la terminaison de ce travail physiologique (du reste impossible à constater) pour procéder à la pose d'un appareil. On ne doit donc pas s'en préoccuper, et l'on doit y *procéder aussitôt que l'état des gencives le permet.* Pratiquement ce résultat est atteint lorsqu'on peut appuyer franchement sur la gencive sans occasionner de douleur au patient.

Il est à remarquer que, lorsqu'on pose un appareil après la cicatrisation des gencives, quand il y a eu extraction, les déformations du bord gingival sont bien moins prononcées, surtout si cet appareil est en métal, que si l'on attend longtemps avant d'avoir recours à la prothèse.

# TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

## (Session de Paris, 28, 29 et 30 novembre 1897)

*Séance d'ouverture, 28 octobre.*

Présidence de M. le Professeur BROUARDEL,

Doyen de la Faculté de Médecine.

La séance est ouverte à 3 h. 1/4, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. Une nombreuse assistance emplissait la vaste salle, où l'on remarquait plusieurs professeurs de la Faculté, notamment MM. Poirier, Thiéry, Sébileau, etc.

M. le PRÉSIDENT donne lecture d'un télégramme de félicitations, émanant de M. le Dr Florestan Aguilar, secrétaire de la Société Odontologique d'Espagne.

Il communique également des lettres d'excuses de MM. le Professeur Le Dentu, Drs Just Championnière, Bouilly, etc.

M. le Dr E. LECAUDEY, président du Comité local et du Bureau central réunis, prononce l'allocution suivante :

« Monsieur le Président,

« Mes Chers Confrères,

« C'est pour moi un bien précieux privilège, au début de cette séance, de pouvoir exprimer nos remerciements les plus vifs à notre éminent maître, M. le Professeur Brouardel, qui a bien voulu accepter la présidence de notre troisième Congrès dentaire national. Sa haute personnalité et le grade élevé qu'il occupe, prêtent à notre réunion un éclat dont nous pouvons à juste titre être fiers. Cette nouvelle preuve de sa sympathie nous donne envers lui une nouvelle raison de reconnaissance. Nous nous unissons tous pour l'en assurer. Nous le remercions aussi d'avoir mis à notre disposition ce vaste amphithéâtre, local des mieux appropriés à notre réunion. Il me plaît de voir un peu dans ce fait un symbole marquant l'entrée des chirurgiens-dentistes dans la « grande famille médicale », suivant une expression employée, il m'en souvient, par notre président même.

» Voici donc, messieurs, que va s'ouvrir le troisième de ces Congrès où sont conviés tous les dentistes français. Le premier eut lieu à Bordeaux, le second à Nancy. Paris est la troisième étape de ces réunions annuelles, qui doivent chacune faire avancer d'un pas notre science.

» Je dois ici un souvenir, et un souvenir bien ému, au promoteur de ces réunions, à mon regretté confrère Paul Dubois. L'an dernier, à Nancy, M. le docteur Guénard vous a dit comment notre pauvre ami avait émis l'idée de ces congrès, avec quelle conviction généreuse et quelle persévérante ardeur il en avait préparé et assuré la première exécution. Une mort aussi cruelle qu'injuste vint le frapper presque au lendemain du triomphe de ses idées. — Nous lui gardons pour sa belle initiative la plus grande recon-

naissance. Nous n'avons plus qu'à marcher dans la voie qu'il nous avait désignée, qu'à réaliser le programme qu'il nous avait tracé.

» Vous ferai-je tout au long, messieurs, l'éloge de ces Congrès annuels? Vous dirai-je l'importance qu'il leur faut attacher? Cette importance, vous l'avez bien comprise, puisque vous avez montré un tel empressement à envoyer vos adhésions à notre Comité. Je constate avec plaisir que nous sommes très nombreux ; mais, si nombreux que nous soyons, permettez-moi de vous dire que nous ne le sommes pas encore assez, et de m'adresser, à ce sujet, au début de cette première séance, à nos confrères abstentionnistes.

» Ah ! comme ils ont eu tort de ne pas se joindre à nous, et quels justes reproches ils s'attirent ! C'est une loi générale, qu'on ne peut s'abstraire de la collectivité dont on fait partie. Comment parviendrait à vivre aujourd'hui un individu qui n'aurait plus nul rapport avec la société? L'homme seul ne peut rien. Vivre, c'est se soutenir mutuellement. C'est pourquoi les plus forts dans la vie sont ceux qu'encouragent le plus d'amitiés, que soutiennent le plus de sympathies. Abeilles de la ruche humaine, nous ne saurions nous détacher du tout dont nous faisons partie : nous ne pouvons vivre que par les autres.

» Eh bien, ce qui est vrai dans la société est également vrai dans toute collectivité. C'est à la collectivité dentaire que chacun de nous est redevable de la science et de l'art qui lui permettent de vivre. Il n'a pas le droit de se désintéresser d'elle, d'être un fils ingrat. Il lui doit, en retour de ce qu'elle a fait pour lui, tous ses soins et tout son intérêt. Ceux qui nous ont précédés ont travaillé pour nous, et, à notre tour, nous devons travailler pour ceux qui nous suivront. Celui d'entre nous qui s'abstient, rompt la chaîne ; du moins cette chaîne se romprait, si d'autres n'assumaient sa responsabilité et ne redoublaient leurs efforts pour suppléer aux siens.

» Mais quittons, messieurs, ces considérations d'un ordre purement moral, pour exposer brièvement les avantages pratiques de nos congrès. Leur utilité s'accuse à un triple point de vue : à celui du développement de notre science d'abord. Les communications qui nous sont faites au cours de ces réunions constituent pour nous le meilleur enseignement. Je n'ai pas le loisir de citer toutes celles que nous avons applaudies à Bordeaux et à Nancy ; elles sont, du reste, présentes à votre mémoire. Qu'il me suffise de rappeler les travaux, l'an passé, de nos confrères Michaëls, Heidé, Choquet, Amoëdo, etc...

» Le second point de vue est le perfectionnement de notre prothèse. Les membres des anciennes corporations avaient des secrets de travail, des procédés particuliers, qu'ils gardaient jalousement. Chacun de nous, au contraire, a hâte de communiquer à tous les améliorations qu'il a pu découvrir. C'est que nous ne travaillons pas seulement dans un but pécuniaire, mais encore avec un souci plus noble : l'anéantissement de la souffrance humaine.

» L'utilité de nos réunions réside encore dans les conclusions

mêmes que nous prenons au cours de nos travaux, et dans les vœux que nous formulons en nous séparant. Ces conclusions font autorité dans le traitement des affections qui nous sont soumises, et tranchent les hésitations qui naissent parfois d'un cas rare ou difficile. Ces vœux, émanant d'une réunion de cent cinquante à deux cents membres, ont, auprès des pouvoirs publics, une importance naturellement plus considérable que ceux d'un groupe de quelques personnes.

» Et s'il me faut aborder enfin une considération d'ordre uniquement pratique, je dirai à nos confrères qui redoutent d'abandonner pendant un minimum de trois jours leur cabinet, que leur calcul est mal fondé, car ce qu'ils ont l'occasion d'apprendre en ce court laps de temps — traitements plus simples ou plus sûrs, perfectionnements de prothèse, — rachète largement le bénéfice perdu de ces trois journées.

» Les étrangers, du reste, nous donnent l'exemple de réunions semblables; les Américains les pratiquent depuis longtemps, et ce n'est pas une des moindres raisons pour lesquelles l'art dentaire a pris chez eux un si rapide essor. Les déplacements qu'elles nécessitent ne sont, en vérité, ni bien considérables ni bien coûteux. Serons-nous donc toujours en France aussi casaniers?

» Notre secrétaire vous retracera tout à l'heure, messieurs, la genèse de notre troisième congrès.

» Adressons ici l'expression de notre reconnaissance aux organisateurs, qui n'ont marchandé ni leur temps ni leurs démarches, et principalement à M. Papot, qui a témoigné, pour le mener à bien, un si entier dévouement.

» Tout, malheureusement, n'a pas marché au gré de nos désirs. Beaucoup d'entre nous estiment que Paris aurait dû être réservé pour 1900, époque où le monde entier se pressera dans ses murs. N'oublions pas que c'est pour aller porter la bonne parole à nos confrères de province, que nous avons institué ces réunions. La défaillance de plusieurs bonnes volontés nous a obligés à choisir Paris même. Puisse cette défallance ne plus se reproduire, et toute question de personnalités s'effacer désormais! C'est le meilleur vœu que je forme, et c'est par lui que je termine. »

*(Applaudissements.)*

M. le Dr A. Rosenthal (de Nancy), président du Congrès, prononce le discours suivant :

« Monsieur le Doyen,
» Mesdames,
» Messieurs et chers confrères,

» En me désignant, l'an passé, pour présider notre troisième réunion, vous m'avez fait un honneur dont j'apprécie toute la portée et dont je vous suis reconnaissant. Je vous en remercie. C'est la troisième fois que nous nous retrouvons, et déjà vous avez pu constater combien chacune de nos réunions nous rapproche du but que nous nous sommes proposé : grouper en un

faisceau puissant tous ceux qui, dans notre profession, ont le culte de la Science, comprennent ses hauts enseignements, et cherchent à les faire servir à l'avancement de notre art.

» Le Congrès qui s'ouvre dans cette belle et noble cité, inspiratrice de tous les progrès et propice à toutes les initiatives, affirmera nos intentions d'une manière éclatante, et contribuera à la réalisation des principes essentiels de notre œuvre.

» Nos Congrès, comme toutes les réunions qui procèdent du même esprit de solidarité et de groupement, visent un but aussi noble qu'élevé. Ils créent des amitiés, resserrent des liens déjà existants, dissipent des préventions et, en nous révélant les uns aux autres, suscitent la grande et profitable émulation professionnelle. Les plus âgés — je veux parler des vieux praticiens — mettent libéralement à la portée de leurs confrères plus jeunes l'expérience de toute une vie de labeur. Ceux-ci, à leur tour, pénétrés des études théoriques, peuvent communiquer à leurs aînés un peu de leur ardeur, de leur foi dans les méthodes que la Science engendre et qu'elle perfectionne chaque jour.

» Tous ne peuvent que se louer de ce mutuel appui. Les avantages de pareilles réunions sont connus de vous, et c'est presque une vérité banale que de les énoncer ici. Ceux qui nous suivront en apprécieront mieux encore les heureux effets.

» Messieurs, notre vénéré Maître a fait allusion, tout à l'heure, à l'hospitalité que la Faculté de Médecine nous offre aujourd'hui dans ses murs. Mais ce n'est pas la première fois que la médecine nous fait ainsi bon accueil. Nos relations avec les sciences médicales datent de longtemps, et ce n'est pas révéler un mystère ou trahir un secret que de prononcer le mot d'alliance. Nos liens de parenté sont des mieux établis. Médecins et dentistes ont trop souvent besoin l'un de l'autre, pour les renier. Si l'on suit l'être humain depuis son entrée dans le monde jusqu'à la fin de sa vie, on trouve sans cesse des circonstances où l'action simultanée du médecin et du dentiste devient d'une nécessité absolue. Dès la première dentition, peuvent apparaître des singularités, des vices de conformation, des anomalies dans la cavité buccale, contre lesquels le médecin appelle le dentiste à son secours. Dès cette époque aussi, il y a dans le mode d'évolution des dents, dans leur structure, dans leur forme, des caractères spéciaux que l'hérédité détermine et que la pathologie générale seule peut expliquer.

» Et, plus tard, au moment de la seconde dentition, que de troubles surviennent dans la santé générale de l'enfant! Le médecin ne saurait les comprendre pleinement, sans les avertissements et les indications techniques que l'expérience du dentiste peut lui suggérer.

» Messieurs, je ne veux pas faire ici la longue énumération des différents états pathologiques tels que diabète, albuminurie, syphilis, arthritisme, ataxie, et montrer l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'appareil dentaire. Je l'ai dit ailleurs : il existe un grand nombre de maladies, aiguës ou chroniques, congénitales ou acquises, pouvant produire dans cet appareil des troubles ou des alté-

rations essentielles. Sans doute, aucune modification dentaire ne peut être considérée comme ayant une valeur pathognomonique. Mais il existe certains états morbides des dents, qui peuvent et doivent solliciter l'attention de l'observateur et du clinicien, parce qu'ils révèlent un état pathologique préexistant, cause véritable à laquelle il faut remonter. C'est la connaissance de cet état pathologique déterminant qui permettra, s'il y a lieu, d'instituer, à côté d'un traitement local, forcément symptomatique et souvent inefficace, une médication appropriée à l'affection, cause primitive de l'altération dentaire.

» Ainsi donc, messieurs, médecins et dentistes doivent marcher en parfaite communion d'idées. L'union, la collaboration, s'imposent. Elles nous ont déjà donné des résultats importants, elles nous en assureront d'autres encore. Une voie nouvelle s'ouvre donc devant nous. C'est à nous d'y entrer résolument, d'y persister avec ténacité. Je suis heureux de constater que ces conceptions sont partagées par vous, et cela nous promet, pour l'avenir, les plus belles, les plus légitimes espérances.

» Mais la Science pure ne suffit pas. Il faut au praticien plus que des conceptions théoriques et des expérimentations de laboratoire. Il doit s'aider des faits. Leur observation longue et patiente éclaire les théories, les contrôle, les rectifie. Notre art ne s'acquiert pas dans les livres seulement. Il lui faut la clinique quotidienne, la pratique constante, le contact vivifiant des réalités.

» Le savant et le praticien travaillent donc à une tâche commune. L'un pénétrera les vérités nouvelles ; l'autre en saisira les applications, immédiates ou lointaines : tous deux marchent vers un idéal commun. C'est de cette collaboration intelligente, largement comprise et fermement continuée, que dépend l'avenir de notre profession. Vous y contribuerez, messieurs, par la réunion qui se tient aujourd'hui. Elle marquera une étape, importante, je le souhaite, dans l'histoire de nos progrès.

» Messieurs,

» Je crois me faire l'interprète de tous en remerciant à nouveau le savant éminent qui a bien voulu accepter la présidence d'honneur de notre Congrès. Le nom de M. Brouardel est de ceux que les Français prononcent avec respect. En apportant à cette réunion l'appui de sa haute autorité scientifique, l'éminent doyen de la Faculté de Médecine nous donne un encouragement dont nous sentons tout le prix. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

» Il me reste à assurer de toute notre gratitude MM. les membres du Comité central, ainsi que MM. les membres du Comité local, réunis sous la présidence de notre vénéré maître, M. le Dr Lecaudey, et dont plusieurs, aussi dévoués que modestes, méritent des éloges tout particuliers.

» Et maintenant, chers confrères, reprenons nos travaux avec confiance et courage. Ne comptons pas nos efforts, car aucun ne restera stérile. »

M. LE PRÉSIDENT BROUARDEL a prononcé alors les paroles qui suivent :

« Messieurs,

» En me priant d'assister à la séance d'ouverture du 3e Congrès dentaire national, vous m'avez fait un grand honneur, et j'en suis très flatté ; mais ce dont je vous remercie surtout, c'est de m'avoir procuré un grand plaisir, celui de vous souhaiter, au nom de la Faculté de Médecine, une cordiale bienvenue.

» Dans ce vieil amphithéâtre, témoin de tant de luttes, vous n'êtes pas chez nous, vous êtes chez vous. Il est ouvert à tous ceux qui font partie de la famille médicale. (*Applaudissements.*)

» La Faculté considère comme un honneur de donner l'hospitalité à tous ceux qui désirent débattre les questions médicales.

» D'autres congrès y ont précédé celui-ci. Les résultats obtenus sont d'un bon augure. Aujourd'hui nous avons plus : nous avons la certitude de votre succès.

» Nous en avons comme garants les réunions de Bordeaux et de Nancy. Je n'ai pas compétence pour juger ou analyser les travaux qui y ont été présentés et discutés, mais il suffit de parcourir les comptes rendus, pour juger l'importance des problèmes que vous avez à résoudre, et le zèle avec lequel vous cherchez à atteindre le but.

» Il y a quelques années, messieurs, c'était au dentiste venu de l'étranger que l'opinion publique attribuait tous les mérites ; il suffira de quelques Congrès comme ceux de 1895, de 1896 et de 1897, pour faire disparaître la légende.

» Vous aviez à faire la conquête de cette opinion publique qui trop souvent adopte des formules qui survivent à l'époque où elles étaient peut-être justifiées : vous avez fait cette conquête.

» Le législateur de 1892 a donc été bien inspiré. Il ne vous a pas accordé tout ce que vous espériez, mais le passé doit vous donner confiance dans l'avenir.

» Le législateur a simplement légitimé la situation que vous aviez su vous faire par vos sacrifices personnels, par votre travail. Il n'a rien créé, il a adapté. L'enfant était vivant, était grand, bien constitué : il lui a donné un état civil.

» Soyez sûrs que si, comme j'en suis certain, cet enfant réalise les espérances qui ont été conçues, il sera accueilli avec la faveur que lui mériteront ses nouveaux efforts.

» Il a l'habitude de vivre libre, il a été élevé à l'Ecole de l'Indépendance. Qu'il conserve ces mœurs, mais qu'il n'oublie pas qu'on n'est digne de bénéficier de ces libertés, qu'en jouissant de ses droits mais en accomplissant tous ses devoirs. (*Applaudissements.*)

» Comme vous, monsieur le président, j'ai confiance en vos collègues, et j'ai la conviction profonde que, grâce à vous tous, l'œuvre de 1892 ne restera pas stérile.

» Je vous remercie, monsieur le président, des termes trop flatteurs dans lesquels vous avez témoigné des sentiments qui vous animent. Vous pouvez être assurés, vous et vos collègues, que tous

nous applaudirons à vos succès. — Nous espérons, messieurs, que votre séjour à Paris ne vous laissera que de bons souvenirs. » (*Applaudissements prolongés*).

La parole est donnée à M. de Marion, secrétaire général, qui présente le rapport suivant :

« Messieurs et Chers Confrères,

» J'ai la mission de vous dire la part considérable prise par les Congrès dentaires nationaux dans le mouvement scientifique qui lie de plus en plus notre profession à la grande famille médicale. En faisant l'historique des deux premiers et en vous énumérant leurs travaux, j'aurai accompli ma tâche.

» J'ai besoin de toute votre indulgence ; appelé à la dernière heure à remplacer notre confrère Joseph Mendel dans ses fonctions de secrétaire général, le temps matériel m'a fait défaut pour vous présenter un travail digne de l'importance de notre réunion. J'espère que vous ne retiendrez de mon rapport que l'effort de bien faire, sans vous attacher à la forme.

» Je remercie les nombreux confrères qui ont envoyé leurs adhésions à ces assises scientifiques, dont le succès s'accentue de plus en plus ; je remercie tout particulièrement ceux, très nombreux, qui, par leurs communications ou leurs démonstrations intéressantes, viennent jeter de l'éclat sur nos réunions.

» Je vous prie de me permettre d'ajouter mes modestes remercîments à ceux de MM. les docteurs Lecaudey et Rosenthal et de dire à M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, combien nous sommes touchés de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre séance d'ouverture.

» Je passerai à grands traits sur la genèse des Congrès dentaires nationaux. Le Dr Sauvez, secrétaire général du Congrès de Bordeaux, et M. Rousset, secrétaire général du Bureau local de ce même Congrès, vous ont dit en détail les diverses phases de cette genèse.

» C'est en 1891 que le regretté Paul Dubois, toujours sur la brèche jusqu'à son dernier souffle, eut la pensée de l'utilité des Congrès dentaires nationaux. Il associa son idée à celle de nos deux éminents confrères MM. Godon et Ronnet, qui, comme lui, avaient été frappés de l'utilité pratique que les Anglais et les Américains retiraient de ces réunions.

» Ce n'est qu'après trois ans que notre éminent confrère put atteindre le but qu'il s'était proposé. Le docteur Dunogier, de Bordeaux, accepta ces idées, les fit siennes, et la Société des Dentistes du Sud-Ouest, se joignant aux confrères parisiens, organisa le premier Congrès dentaire national, les 16, 17 et 18 août 1895. L'exposition de Bordeaux indiquait la ville où devait se tenir cette réunion, qui fut des plus brillantes. Ceux d'entre nous qui ont été à Bordeaux se souviennent encore avec le plus grand plaisir de l'affabilité, de l'accueil et de l'hospitalité qu'ils y ont trouvés.

» L'attrait des séances du Congrès fut considérable. Nous pou-

vons citer les très intéressants travaux de MM. Choquet, Mendel, Martinier, Amoëdo, Francis Jean, Loup, Godon, etc.

» En résumé, quarante-quatre communications ou démonstrations ont été faites dans ce premier Congrès.

» Messieurs, je n'ai pas besoin d'insister, ces chiffres parlent d'eux-mêmes et nous disent le succès de cette première expérience. L'organisation des Congrès dentaires nationaux répondait à un besoin, l'œuvre était viable : la réussite était la récompense des organisateurs.

» L'assemblée décida que le prochain Congrès se tiendrait à Nancy, les 13, 14 et 15 août 1896. L'organisation de cette seconde session présentait plus de difficultés ; l'attrait de l'exposition de Bordeaux n'existait pas, le centre était moins important, enfin le nombre de nos confrères était à Nancy de beaucoup inférieur à celui de l'agglomération bordelaise.

» Messieurs, il suffit de consulter les comptes rendus du Congrès de Nancy pour voir que, malgré tout, les adhésions ont été à peine moins nombreuses. Cent quatorze dentistes avaient envoyé leurs adhésions, et trente-quatre communications ou démonstrations ont fait le fond des travaux de ce Congrès.

» Nous devons la plus vive reconnaissance aux organisateurs de cette seconde réunion. M. le Dr Guénard, de Bordeaux, président du Congrès ; M. le Dr Sauvez, président du Bureau central ; enfin notre sympathique confrère le Dr Rosenthal, président du Bureau local, avaient donné une si vive impulsion à leurs collaborateurs, que le succès a répondu à leurs efforts. La réception qui a été faite aux congressistes à Nancy était telle que, sans leur faire oublier la cordialité de celle de Bordeaux, elle leur en rappelait les meilleurs souvenirs.

» M. Gasquet, recteur de l'Académie de Nancy, avait tenu à honneur de présider la séance d'inauguration, affirmant ainsi par sa présence la haute estime dont jouissent nos confrères de l'Est. Dans son remarquable discours M. Gasquet nous a assuré de ses sympathies, grâce à la direction dans laquelle nous prétendons orienter nos efforts et notre organisation future.

» L'école de médecine de Nancy a voulu nous considérer comme partie intégrante de la grande famille médicale en nous ouvrant les portes de ses amphithéâtres, où nos séances se sont tenues. C'est un honneur dont nous devons remercier tout particulièrement MM. les doyens de la Faculté de Médecine et de la Faculté des Sciences de Nancy.

» En terminant ses travaux, la seconde session des Congrès dentaires nationaux avait désigné Lyon comme lieu de réunion de la troisième session en 1897.

» Notre très estimé confrère le Dr Rosenthal, de Nancy, a été désigné comme président de cette troisième session.

» Ici se place un incident qui a pu un instant compromettre la réussite de notre troisième réunion, mais dont les conséquences ont été très largement atténuées, grâce à l'activité et au dévoue-

ment de vos bureaux, et grâce aussi à l'urbanité et à la cordialité parfaite, qui n'ont cessé de régner entre les membres de la corporation entière.

» Le Congrès International de Médecine de Moscou attirait un certain nombre de personnalités lyonnaises de notre profession; d'un autre côté, nos confrères lyonnais ont craint de ne pas se trouver en mesure de recevoir leurs confrères aussi bien qu'ils l'auraient désiré. Après un échange d'observations des plus courtoises, cet incident s'est terminé à la satisfaction de tous. Il fallait sauver le principe, et Paris a été désigné pour servir de lieu de réunion à vos séances.

» Si je consulte la liste des adhésions, je vois que le nombre dépasse deux cents; la liste des communications et des démonstrations atteint le chiffre de cinquante. Messieurs, c'est un succès, un très grand succès, qui vient s'ajouter aux deux précédents.

» Vous aurez à entendre et à discuter des travaux remarquables, et je crois pouvoir vous affirmer que vous ne regretterez pas le temps que vous aurez consacré à nos réunions. Vos bureaux ont employé tous leurs efforts pour bien faire; nous faisons appel à toute votre indulgence pour les détails qui ne vous sembleraient pas parfaits.

» C'est grâce à la bienveillance toujours inépuisable de M. le Doyen de la Faculté de Médecine, que nous devons de pouvoir tenir notre séance d'inauguration dans cette salle où ont retenti si souvent de doctes leçons; nous le remercions bien sincèrement de sa gracieuseté.

» Je termine, messieurs, en remerciant nos confrères étrangers qui ont abandonné leurs impérieuses occupations pour nous apporter l'appoint de leur expérience et de leur science.

» Enfin, au nom de vos bureaux, je vous demande de régulariser par un vote l'initiative qu'ils ont été obligés de prendre pour la convocation de votre troisième session à Paris.

» Je prie donc M. le Président de mettre aux voix la résolution suivante :

« Les membres du Congrès Dentaire national, réunis dans
» l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, approuvent l'initiative de
» leurs Bureaux, et les félicitent d'avoir organisé à Paris la troi-
» sième session du Congrès. » *(Applaudissements.)*

Cette motion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

M. Papot, vice-président, donne lecture de la communication ci-après, au nom de M. Mendel Joseph :

# SUR L'OPPORTUNITÉ DE L'AVULSION DENTAIRE PRÉCOCE OU TARDIVE DANS LA PÉRIODONTITE SUPPURÉE AIGUË

## OPINION DE MM. LES PROFESSEURS BERGER, DUPLAY, LE DENTU, TERRIER ET TILLAUX

Par M. Mendel Joseph.

Prenons un fait général : M. X..., ouvrier et père de famille, se présente dans votre cabinet. Voici bientôt 48 heures qu'il souffre d'une dent malade ; la douleur est continue, intense, intolérable, elle l'empêche de travailler, de dormir. Il est exténué de douleur, accablé de fatigue, et il réclame votre intervention immédiate et efficace.

Facilement vous reconnaissez le corps du délit : c'est une petite ou une grosse molaire atteint de carie pénétrante. La pulpe morte est devenue un milieu de culture de choix. Les bactéries y pullulent, s'y multiplient, pénètrent dans les régions profondes. Cette fois, la région alvéolaire est contaminée.

La membrane péridentaire infectée est le siège d'une évolution inflammatoire aiguë ; les symptômes en présence ne permettent point de doute : douleur continue, gravative, lancinante, avec irradiations à distance ; allongement de la dent atteinte, par gonflement de la membrane ; exagération de la douleur à la percussion, à la pression des dents correspondantes ; douleur à la région alvéolaire au niveau de la racine malade ; rougeur et tuméfaction de la gencive dans la région voisine ; enfin, existence de l'infiltration œdémateuse de la joue dénotant la présence de quelques éléments de pus.

Le malade vous prévient qu'il lui tarde de reprendre son travail pour subvenir aux besoins de sa famille ; ses moyens ne lui permettent pas d'entreprendre le traitement conservateur de la dent ; il en demande l'avulsion pure et simple, et cela le plus rapidement possible.

Qu'allez-vous faire ?

Allez-vous procéder à l'extraction immédiate de la dent malade, ou bien donnerez-vous la préférence au traitement expectatif des applications calmantes et sédatives, pour ne recourir à l'avulsion que deux, trois, cinq jours plus tard, lorsque la collection purulente sera formée et que le pus aura évacué ?

La sagesse populaire, qui, malgré les bienfaits de l'antisepsie, persiste à se plaire sous le régime des cataplasmes, conseille de ne pratiquer l'extraction que lorsque tous les phénomènes aigus ont entièrement disparu. A l'époque où l'application de la clef de Garengeot réalisait dans le domaine de l'art dentaire le summum de la perfection des moyens opératoires et thérapeutiques, une telle crainte de l'opération précoce ne semblait que trop légitime. Mais à l'heure présente, avec la puissance et l'ingéniosité de nos moyens

d'action, une pareille façon de procéder est-elle vraiment rationnelle ? Sommes-nous forcés d'infliger à ce pauvre homme, déjà si éprouvé, encore quelques jours de souffrances et de privations ? Avons-nous autant de raisons que les générations qui nous précédèrent, de craindre l'apparition des complications secondaires après l'avulsion de la dent ainsi malade ?

La question me paraissait mériter la plus sérieuse considération, et digne de l'honneur d'être soumise à la discussion d'une grande assemblée professionnelle comme la présente.

Déjà, à une des séances de la Société d'Odontologie, cette question a été incidemment soulevée par M. Poinsot ; la discussion en a été intéressante : MM. Godon, Lemerle, d'Argent, de Marion, y apportèrent les résultats de leurs observations et de leur expérience. La majorité se montrait nettement favorable à l'avulsion immédiate.

Mais de même que la question avait été fortuitement posée, la discussion en a été sommaire. Un examen plus approfondi du sujet me semblait donc s'imposer.

Toute circonscrite et spéciale que soit l'opération de l'extraction dentaire, elle n'en constitue pas moins une dépendance de la chirurgie générale. Certes, l'avulsion d'une dent, dont la pulpe seule est atteinte, n'est, sauf quelques réserves, qu'une opération sans importance. La plaie qui en résulte guérit presque toujours par le seul effort réparateur de l'organisme. Mais lorsque l'infection a pénétré dans les tissus profonds, lorsque l'alvéole est contaminé, lorsque l'articulation alvéolo-dentaire est frappée d'inflammation aiguë suppurative, les conditions sont toutes différentes : il faut se pénétrer des règles fondamentales et essentielles de la pathologie chirurgicale et n'agir qu'en connaissance parfaite des effets possibles, immédiats et tardifs, de l'intervention opératoire.

On se souvient de l'observation relatée par M. de Marion, d'un accident mortel survenu dans le service de M. Panas à la suite de l'extraction d'une dent atteinte de périodontite aiguë suppurative. Le professeur Panas attribuait l'issue fatale à l'infection secondaire consécutive à l'avulsion et condamnait énergiquement le principe de l'extraction dans la périodontite aiguë. Je ne saurais discuter en la matière l'autorité de M. Panas et j'accepte l'explication comme péremptoire. Je demande seulement si l'opération a été conduite d'une façon rationnelle ; je demande si l'avulsion dentaire a été suivie de la désinfection *complète*, mécanique et médicamenteuse, de l'alvéole et du tissu environnant ? Je demande enfin si quelques conditions discrasiques constitutionnelles ou autres n'avaient pas leur part de responsabilité dans l'accident ?

Condamner une opération en lui imputant les erreurs et les fautes commises par l'opérateur, rien n'est plus facile. L'histoire de la chirurgie nous rapporte plus d'un exemple de cet ordre. D'ailleurs cette façon rapide d'envisager une humble question de pratique dentaire, de la part d'un homme éminent préoccupé des problèmes complexes et graves, ne saurait nous étonner autrement. Pour nous

autres spécialistes, observateurs subtils, fervents d'analyse, nous ne saurions adopter impunément la même conduite.

L'opinion du professeur Panas m'inspirait de sérieuses inquiétudes, car il s'agissait là, non pas d'un fait isolé, mais d'une question de principe. Et il m'a semblé utile, nécessaire, de connaître l'opinion des autres illustrations du monde de la grande chirurgie.

A cet effet je me suis adressé à plusieurs professeurs de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris. Tous ont bien voulu m'honorer de leurs réponses, que je crois de mon devoir de porter à votre connaissance.

Voici la lettre que je leur ai écrite :

Monsieur le Professeur,

Je prends la liberté de vous adresser ces quelques lignes afin de solliciter votre opinion sur une question de chirurgie courante d'un intérêt général et d'une portée pratique considérable. Cette question, qui vient d'être agitée à la dernière séance de la Société d'Odontologie, se présente ainsi : Lorsqu'une dent malade a déterminé une périodontite (anciennement périostite) aiguë avec tendance à la suppuration, l'extraction de la dent, *lorsqu'elle est décidée*, doit-elle être précoce ou tardive ? En d'autres termes, faut-il opérer en pleine évolution des phénomènes aigus, ou bien doit-on attendre la formation définitive de la collection purulente, avant de procéder à l'extraction ?

L'avulsion immédiate, lorsqu'elle est pratiquée avec des précautions antiseptiques indispensables et suivie d'un traitement antiseptique de l'alvéole infecté, nous paraît offrir de grands avantages :

1° En supprimant la cause initiale et essentielle de l'infection ;

2° En permettant d'atteindre directement et par conséquent efficacement le foyer morbide ;

3° En diminuant, par l'hémorragie qui en résulte, l'état de congestion, de tension, de douleur, et en favorisant ainsi le rétablissement des échanges nutritifs normaux de la région.

Mais, nous objecte-t-on, en pratiquant l'extraction précoce, vous produisez la rupture du réseau vasculaire de la région ! Vous créez ainsi une porte d'entrée plus facile et plus grande à l'élément infectieux qui, entraîné dans la circulation générale, devient apte à engendrer des accidents graves. Donc, il faut intervenir tardivement, une fois l'abcès formé et la collection purulente évacuée. A l'appui de cette thèse on a rappelé l'opinion d'une personnalité éminente du monde de la chirurgie, on a rapporté quelques cas d'infection à distance, et même des cas mortels.

Comment choisir entre ces deux opinions si diamétralement contraires?

On pourrait non sans raison répondre aux partisans de l'intervention tardive, que les complications infectieuses post-opératoires imputées à l'avulsion immédiate sont essentiellement dues au défaut d'antisepsie *rigoureuse* post-opératoire ; qu'en demeurant dans l'expectative on s'expose parfois à voir l'accident infectieux prendre une extension et une gravité imprévues ; que les accidents septiques à distance peuvent quelquefois se produire au cours d'une évolution infectieuse aiguë, sans le moindre traumatisme chirurgical.

Mais il me paraît éminemment utile, dans l'intérêt du grand nombre de nos malades, de connaître l'opinion de nos maîtres en chirurgie. Elle contribuerait puissamment à fixer la ligne de conduite pour le praticien, obligé si souvent d'intervenir en pareilles circonstances.

Veuillez, etc.

*Réponse du professeur Berger :*

Cher Monsieur,

La question que vous me posez est en effet bien délicate. Pour ma part, je me refuse à une avulsion dentaire quand il y a un état infectieux récent, et je préfère attendre que les accidents inflammatoires soient tombés, pour agir. Dans les cas de suppuration ancienne c'est différent : il faut enlever ou traiter la dent cause de suppuration ; mais même alors ce n'est pas toujours sans danger, et il faut avoir recours à un traitement antiseptique très rigoureux.

Veuillez, etc. PAUL BERGER.

*Réponse du professeur S. Duplay :*

Monsieur,

En réponse à la question de pratique que vous avez bien voulu me soumettre, je n'hésite pas à conseiller, dans le cas de périodontite aiguë, suppurative, l'avulsion tardive de la dent, de préférence à l'avulsion précoce. Cette dernière, à mon avis, exposerait à des accidents, et mieux : à des dangers sérieux.

Veuillez, etc. S. DUPLAY.

*Réponse du professeur Terrier :*

Monsieur,

Si j'avais une dent malade avec périostite suppurée, je me ferais enlever la dent, et cela le plus tôt possible.

Veuillez, etc. TERRIER.

*Réponse du professeur Tillaux :*

Monsieur,

Je ne crois pas qu'il soit sage de formuler une règle *générale* de conduite dans le cas que vous me signalez. Je penche toutefois vers l'extraction aussi rapide qu'il est possible.

Recevez, etc. TILLAUX.

*Réponse du professeur Le Dentu :*

Monsieur,

... Le nombre des périostites suppurées des maxillaires, consécutives aux affections dentaires, que j'ai observées jusqu'ici, est naturellement considérable, après plus de vingt-cinq ans de pratique chirurgicale. Habituellement l'incision large des foyers sans avulsion dentaire immédiate a suffi pour enrayer les accidents ; le traitement était complété par l'avulsion de la dent malade si l'abcès tendait à rester fistuleux. Jamais je n'ai vu survenir d'accidents graves quelconques, ni surtout la pyohémie. Je pourrais donc conclure qu'il n'y a pas lieu de s'occuper immédiatement de la dent, et qu'on a toujours le temps de la traiter après la périostite qu'elle a causée ; mais je pense avec vous que la question peut être envisagée à un point de vue tout différent, maintenant que nous sommes en possession d'une antisepsie perfectionnée dont la puissance d'action n'a pour ainsi dire pas de limites.

En principe, supprimer la source de l'infection par l'avulsion hâtive de la dent, c'est faire la chirurgie la plus rationnelle et ayant par là le plus de chances d'être la plus efficace ; reste à savoir si ce précepte est

toujours réalisable dans la forme absolue, et si sa mise en pratique est réellement avantageuse.

1° *Si l'on assiste au début de la périostite,* il n'y a pas à hésiter ; il faut faire l'avulsion, à supposer qu'il s'agisse d'une dent à sacrifier tout à fait. Mais si la lésion dentaire comporte quelque traitement moins radical, est-il indispensable de la supprimer, sous prétexte que la périostite peut donner lieu à des accidents très graves ? Etant donné ce que j'ai observé, je ne le pense pas. L'expectative, ordinairement sans danger, permet de se montrer conservateur à l'égard de la dent.

2° *Si l'abcès est formé,* l'avulsion de la dent ne peut offrir aucun avantage le jour même où l'on s'occupe d'ouvrir, de désinfecter et de draîner ce foyer; le mal est fait et il est limité. J'admets cependant, sauf certaines mesures, qu'on peut en même temps supprimer la dent malade, afin de prévenir la constitution d'une fistule.

3° Le malade se présente au chirurgien *pendant la période intermédiaire.* S'il s'agit d'une périostite très limitée, la suppuration est tellement précoce (deux ou trois jours) que c'est comme si l'on se trouvait en présence du second cas. Mais s'il s'agit d'une grande périostite avec gonflement considérable et contraction de la mâchoire, y a-t-il avantage a faire l'avulsion de la dent avant que la collection périostique soit formée ? Je le crois, si l'on arrive à temps. Peut-être pourrait-on quelquefois arrêter la marche de la périostite et empêcher la suppuration en dehors de l'alvéole. Au fond, c'est une question d'anesthésie. Il faut le chloroforme et l'éther à fond, afin de se mettre à son aise et d'agir complètement. L'emploi d'instruments bien aseptiques et la désinfection rigoureuse de l'alvéole sont des conditions fondamentales dont la non-observation exposerait à de graves complications.

A partir du moment où l'on suppose que l'avulsion de la dent ne pourrait plus enrayer la marche de la complication inflammatoire, il vaudrait mieux attendre, pour intervenir, la formation du pus en foyer collecté.

Donc, à supposer qu'il s'agisse d'une dent dont l'avulsion est nécessaire, j'admets qu'on en fasse l'avulsion hâtive tout à fait au début de la périostite, ou un peu plus tard, si l'on pense que cette avulsion puisse même arrêter l'inflammation périostique. Dans les autres cas cette avulsion ne s'impose pas. Enfin si l'écartement des mâchoires devait nécessiter de grandes violences sur un foyer de phlegmon en formation, mieux vaudrait retarder l'avulsion.

Veuillez, etc. A. Le Dentu.

On le voit, les opinions sont loin d'être d'accord. M. le professeur Duplay recommande l'avulsion tardive, M. Terrier l'avulsion précoce; M. Berger tend vers l'avulsion tardive, M. Tillaux, vers l'avulsion précoce.

Le développement important que M. le professeur Le Dentu a donné, lui, mérite, à mon avis, une situation à part, et, si mon enquête n'avait abouti qu'à cette unique lettre, je me serais considéré comme suffisamment récompensé.

Les membres de notre profession doivent être profondément reconnaissants à ces esprits si véritablement supérieurs, pour lesquels tout est d'ordre élevé, rien n'est indifférent, rien n'est au-dessous de leur sérieuse sollicitude. Combien diffèrent les quelques jeunes agrégés auxquels j'ai également adressé des lettres, et qui m'ont répondu par un silence significatif !...

Quelles sont les raisons qui font dire à M. Berger que dans les états infectieux récents il se refuse à pratiquer l'avulsion hâtive, et à M. Duplay que l'avulsion précoce dans la périodontite aiguë suppurative expose à des accidents et même à des dangers sérieux? Je regrette vivement qu'aucune de ces lettres ne nous éclaire sur ce point intéressant.

Ces raisons, cependant, sont importantes à connaître. Elles résident dans la nature des phénomènes de physiologie pathologiques qui constituent et caractérisent tout processus inflammatoire aigu.

D'un côté les fonctions organiques dans la région intéressée et circonvoisine, fonction de circulation, de secrétion, d'absorption, sont dans un état de suractivité aiguë, surtout à la phase qui précède la formation du foyer purulent. L'exaltation des phénomènes d'absorption, la rapidité du courant circulatoire, particulièrement dans le tissu voisin, sont dangereux par la facilité avec laquelle elles peuvent entraîner, transporter et généraliser l'agent pathogène.

D'un autre côté, l'élément infectieux à la phase initiale et dans le cours du travail inflammatoire aigu jouit du maximum de virulence spécifique.

Si donc dans ces conditions d'imminence d'infection on produit une lage plaie contuse comme par le fait de l'extraction d'une dent, on favorise la diffusion dans les courants circulatoires des microorganismes, et l'on s'expose, par ce fait, à des accidents infectieux secondaires d'une gravité parfois très grande.

Telles sont vraisemblablement les considérations qui dictent les réserves formulées par MM. Berger et Duplay. Elles sont extrêmement importantes, et nous ne saurions trop nous en inspirer.

En face de cette façon plutôt théorique d'envisager la question se dressent les résultats des expériences et des observations cliniques. La grande majorité des praticiens est presque unanimement favorable à l'avulsion immédiate de la dent atteinte.

C'est que, fort heureusement, les choses ne se passent pas dans la pratique aussi simplement que le veulent les préceptes de pathologie. Nombre de conditions physiques, mécaniques, organiques, jointes à la méthode d'antisepsie rigoureuse opératoire et postopératoire, s'opposent aux infections secondaires.

Lorsque dans les conditions en question nous venons de pratiquer l'extraction de la dent malade, l'hémorragie qui en résulte et qu'il est utile d'entretenir pendant quelque temps ne sert-elle pas à déblayer par la puissance de son courant la grande masse du foyer infectieux? Le tissu enflammé, tuméfié, comprimé, n'a-t-il pas tendance à expulser tout élément nocif et étranger? Et les phénomènes si complexes et si effectifs de la défense organique du milieu buccal[1] n'exercent-ils pas leur influence salutaire? Enfin

---

1. Mendel Joseph, *Des conditions naturelles de résistance du milieu buccal contre les accidents infectieux*, in *Odontologie*, 1892.

A. Hugenschmidt, *Etude expérimentale des moyens de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes.* Thèse de 1896.

l'application *rigoureuse* de la méthode antiseptique, curettage de l'alvéole, irrigation fréquente des solutions antiseptiques concurremment avec une hygiène buccale rationnelle, n'est-elle pas ici, comme partout ailleurs, un facteur aussi puissant qu'indispensable, de régénération, de cicatrisation?

Toutefois, comme le dit justement le professeur Tillaux, « il n'est pas sage de formuler une règle générale de conduite ». Lorsqu'il s'agit d'une personne à constitution faible, maladive, offrant peu de résistance naturelle, lorsque les phénomènes inflammatoires sont intenses, diffus, lorsque la suppuration est avancée, je me refuserai à pratiquer l'avulsion hâtive de la dent malade. Non pas que je considère l'intervention chirurgicale immédiate comme irrationnelle et impuissante à prévenir l'infection secondaire, car, au fond, ainsi que le remarque M. le professeur Le Dentu, c'est une question d'anesthésie, afin d'agir librement et d'opérer complètement, mais parce que dans notre pratique courante les moyens capables de nous procurer cette anesthésie parfaite, permettant d'agir *profondément* et *complètement*, ne sont pas toujours à la portée du dentiste.

### DISCUSSION

M. DE MARION rappelle un cas qu'il avait déjà signalé à la Société d'Odontologie. Il s'agissait d'un homme jeune et paraissant vigoureux, qui, à la suite d'une extraction, avait eu un abcès au fond de l'orbite. On ne put pas ouvrir cet abcès et on fut obligé, pour l'atteindre, d'énucléer l'œil, qui d'ailleurs était putréfié. Le malade mourut quarante-huit heures après.

M. DE MARION ajoute qu'on avait constaté une légère exophtalmie du côté de la dent dont il s'agit, avant qu'elle fut extraite ; il semblait donc qu'il y eût une infection profonde. A l'autopsie on trouve un abcès du fond de l'orbite, abcès qui s'étendait jusque dans le cerveau, qu'il avait atteint. Il se range à l'avis du professeur Terrier, qui recommande l'avulsion immédiate dans le cas de périodontite suppurée aiguë.

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL cite un fait analogue à celui qui a été signalé par M. de Marion. Il s'agissait d'un vendeur à la foire aux pains d'épices, amené dans son service et pour lequel le diagnostic d'érysipèle avait été porté. L'auteur modifia ce diagnostic, et montra qu'il s'agissait d'une suppuration des sinus de la dure-mère ; le malade avait la joue enflée, et l'œil légèrement exophtalmié. Le malade fut présenté à l'auteur par M. Duplay, qui montra, à son tour, que le point de départ de l'affection devant laquelle on était en présence, était la suppuration des dents, suppuration qui s'était propagée au sinus maxillaire. De là, par l'intermédiaire du système nerveux, la propagation avait atteint les sinus de la dure-mère.

M. LE Dr A. ROSENTHAL (de Nancy) se range totalement à l'avis de M. de Marion : il est donc partisan de l'avulsion immédiate, par laquelle on ne peut craindre d'ouvrir une porte à l'infection. On

cite un cas de mort, mais qui prouve que celle-ci n'est pas due à une cause indépendante de l'opération?

M. LE Dr SAUVEZ (de Paris) ne trouve pas que cette méthode d'enquête, cette sorte d'interview, soit à conseiller, à plusieurs points de vue, principalement dans une question qui touche d'aussi près à la pathologie dentaire, c'est-à-dire à une pathologie spéciale, qu'à la pathologie générale. Les résultats de cette interview suffisent d'ailleurs à la condamner. On constate en effet que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres en médecine, Hippocrate dit oui et Galien dit non. Cependant, si tous ces chirurgiens s'étaient trouvés en présence d'un malade donné, ils auraient probablement tous été du même avis. Il y a longtemps qu'on nous a appris qu'il y a pas que des maladies, mais qu'il y a surtout des malades.

Je crois que les dentistes, et ce sont ceux qui voient et soignent le plus grand nombre de ces cas, sont en très grande majorité, et avec raison, à mon avis, partisans de l'extraction. La seule conclusion me paraît être une conclusion basée sur le gros bon sens et qui pourrait se formuler ainsi : lorsqu'un dentiste a devant lui le cas cité plus haut, il examine avec attention son malade, et, armé des connaissances qu'il a en art dentaire et en pathologie générale, il juge si l'intervention a des chances pour juguler l'infection ou non. Dans quatre-vingt-dix-neuf cas sur cent, il opère. Quant aux cas dont on nous a parlé, ils ne prouvent qu'une chose, c'est que l'on a opéré trop tard, alors que l'infection s'était déjà trop diffusée.

M. MENG (de Paris) soumet aux membres du Congrès le modèle d'une pièce : il s'agissait d'un malade qui présentait une fluxion du côté correspondant à la dent malade. Au mois d'août, le malade va à la campagne; il garda sa fluxion pendant quinze jours ; tout le côté gauche du maxillaire supérieur remuait. Le modèle en plâtre présenté par M. Meng montre l'usure et la perte de substance. M. Meng conclut à la nécessité de l'intervention précoce.

M. GODON (de Paris) commence par féliciter M. Mendel de sa communication qui traite d'un sujet très important, puis il dit que la mort survenue à la suite de l'extraction de dent dont parle M. Mendel ne doit pas modifier la manière d'agir des dentistes, car il n'est pas prouvé qu'elle soit due à l'opération dentaire.

L'intervention précoce s'impose dans les cas de périodontite suppurée aiguë.

En effet, une dent morte est une fabrique, une usine d'infection, elle dégage des produits toxiques, des ptomaïnes; en supposant que l'abcès puisse guérir le jour même, il est évident qu'il s'en formera un autre le lendemain.

M. Godon constate que tous les membres du Congrès sont d'avis de l'extraction immédiate, et si les professeurs Duplay et Berger ont jeté quelque doute dans certains esprits, c'est que ces chirurgiens éminents avaient en vue probablement des malades très débilités, atteints de complications graves qui ne sont plus de notre ressort.

M. Vacher (de Paris) cite le cas d'un malade atteint de périodontite suppurée aiguë, à propos duquel il crut devoir consulter M. Broca sur l'opportunité de l'avulsion dentaire. Ce professeur ordonna l'expectation et recommanda les émollients. Le malade mourut. Aujourd'hui le professeur Broca ne dirait plus : attendons, mais bien : extrayons immédiatement. M. Vacher conclut donc à l'intervention précoce.

M. le Dr Queudot (de Paris) pense qu'il ne faut jamais attendre. Pour lui, plus le malade est débilité, plus il faut agir rapidement.

M. Levadour (de Paris) cite le cas d'une femme qui avait été examinée par un chirurgien. La personne ne pouvait ouvrir la bouche. Il fit une incision à la racine de la dent, avec beaucoup de difficulté, et il parvint à faire l'extraction. La personne se trouva immédiatement soulagée. Il recommanda un gargarisme antiseptique. Le surlendemain la malade pouvait manger, ce qu'elle n'avait pu faire depuis une dizaine de jours. Sans cette intervention, elle serait morte d'inanition. M. Levadour conclut à l'avulsion dentaire précoce.

M. Siffre (de Paris) cite le cas d'un malade qui se présenta à la consultation du Dr Nicaise alors qu'il était stagiaire. Après avoir examiné la fluxion du malade, le Dr Nicaise fit une incision et le curettage de la mâchoire ; trois mois après le malade suppurait encore. M. Siffre pratiqua l'extraction de la dent ; 18 jours après le malade était guéri. L'auteur conclut à l'intervention précoce.

M. Michaels (de Paris) relate un cas semblable, et conclut à la nécessité de l'intervention précoce.

M. le Dr Nux (de Toulouse) est partisan de l'extraction immédiate dans les cas de périostite suppurée, lorsque la dent doit être sacrifiée. Il a eu l'occasion d'observer une nécrose du maxillaire inférieur due à l'expectation dans un cas d'abcès alvéolaire. La malade, persuadée qu'on ne pouvait extraire la dent tant que l'abcès persistait, attendit un mois et demi. Au bout de ce temps on put retirer un séquestre comprenant toute la portion du maxillaire inférieur droit allant de l'incisive jusqu'à la base de la branche montante du maxillaire.

M. Godon donne lecture de la communication suivante :

## LE SERVICE MILITAIRE ET LES DENTISTES

La presse professionnelle s'est occupée récemment de la situation des dentistes par rapport à la loi du 16 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, qui nous régit actuellement. Cette préoccupation est bien légitime, car le service militaire est une des charges les plus lourdes qui pèsent sur les citoyens ; aussi est-il maintenant admis qu'elle doit peser également sur tous. C'est le principe qu'a posé la loi, il y a bientôt dix ans, en établissant le service militaire *obligatoire personnel*. Sur ce point donc le jeune dentiste a le devoir, pour se conformer à la loi commune, de prendre l'uniforme et de passer par la caserne.

Mais le principe posé par la loi, dans son article 1er, est fort atténué par la série des dispenses prévues par les articles suivants, puisque les trois années à demeurer sous les drapeaux sont réduites à une seule année pour les jeunes gens qui suivent l'enseignement supérieur et se destinent à certaines professions dites libérales, telles que celles de médecin, pharmacien, instituteur, vétérinaire, ecclésiastique, etc.

Le tempérament que la loi de 1889 a apporté à son article 1er doit, en bonne logique, être étendu à tous ceux qui sont susceptibles d'être rangés dans les catégories en question. Or, la loi du 30 novembre 1892 a, dit-on, fait rentrer la profession de chirurgien-dentiste dans la grande famille médicale, et le décret du 30 décembre 1894 a assimilé les écoles d'art dentaire aux établissements d'enseignement supérieur libre. Il serait donc de toute équité que les étudiants-chirurgiens-dentistes, qui ont maintenant les charges de cette situation nouvelle, bénéficiassent des privilèges qui sont accordés à leurs collègues des diverses écoles de l'enseignement supérieur, dont nous reproduisons l'énumération résumée d'après l'article 23 de la loi de 1889 :

1° Les jeunes gens qui contractent l'engagement de servir pendant dix ans dans les fonctions de l'instruction publique ;

2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir :

Soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire ;...

Soit le diplôme de l'Institut national agronomique, des Haras du Pin, de Grignon, de Montpellier, des écoles de Maîtres-Ouvriers-Mineurs d'Alais, de Douai, des écoles nationales d'Arts-et-Métiers d'Aix, d'Angers, de Châlons, des Hautes-Etudes commerciales et supérieures de Commerce ;

Soit l'un des prix dans les concours annuels de l'école nationale des Beaux-Arts, du Conservatoire de Musique, des Arts-Décoratifs ;

3° Les jeunes gens qui exercent des industries d'art ;

4° Les jeunes gens admis à titre d'élèves-ecclésiastiques.

Pourtant, parmi ces diverses écoles, le législateur a fait une distinction, en se basant sur la durée des études et les nécessités professionnelles de chaque catégorie. C'est ainsi que des dispenses sont accordées à tous les élèves visés dans les premiers paragraphes : médecins, pharmaciens, etc., sous la réserve que le diplôme soit obtenu à 26 ans, alors qu'elles ne sont accordées pour l'Institut national agronomique qu'aux soixante premiers élèves sortis au concours, et pour les autres écoles professionnelles qu'aux quatre premiers cinquièmes de la liste de mérite, enfin pour les ouvriers d'art qu'à 1/2 0/0 du contingent après concours.

En relisant la loi du 15 juillet 1889 et le décret complémentaire du 23 novembre de la même année, on se demande pourquoi le dentiste ne figure pas dans la liste si longue des dispensés, alors qu'il y a place et comme élève des écoles dentaires, établissements

d'enseignement supérieur, et comme mécanicien-dentiste exerçant une industrie d'art, — la prothèse dentaire.

Cela ne peut s'expliquer que parce que la loi sur le recrutement est antérieure de trois ans à celle qui régit notre profession et a créé notre diplôme ; la loi de 1889 ne pouvait pas parler d'un diplôme qui n'existait pas encore officiellement. Mais ce que la loi de 1889 n'a pas dit, une autre eût pu le dire, celle de 1892, par exemple, ou même toute autre proposition déposée ultérieurement. Ce n'est point qu'aucune tentative n'ait été faite à cet égard : bien au contraire, des députés, des sénateurs, des ministres même, sur nos sollicitations, ont essayé de réparer cette lacune, mais sans succès jusqu'à présent. Aussi est-il permis de se demander s'il est possible d'obtenir quelque changement à cette situation. Nous estimons que cela est encore possible, mais n'est pas exempt de difficultés, parce que les Pouvoirs publics paraissent peu disposés à créer de nouvelles dispenses qui auraient pour effet de réduire l'effectif du contingent, alors qu'on cherche à l'augmenter par tous les moyens. Pour réussir, il faudrait un effort commun et continu de tous les dentistes, de toutes les Sociétés professionnelles, et cet effort peut et doit être tenté.

Un de nos confrères de Rennes, M. Hélot, a posé très nettement la question de l'assimilation du mécanicien-dentiste aux ouvriers des industries d'art, dans la proposition suivante :

« En attendant que les Pouvoirs publics aient accordé aux chirurgiens-dentistes de ne faire *qu'une année de service militaire*, ne pourrait-on pas demander que la profession de dentiste fût considérée comme faisant partie des différentes industries d'art qui, aux termes de l'article 23 de la loi du 16 juillet 1889, peuvent dispenser de deux années de service militaire ?

« C'est un grand service qu'on rendrait à la profession, car un un plus grand nombre d'élèves fréquenteraient l'atelier, et chercheraient à devenir des artistes en prothèse dentaire.

« Des cours supplémentaires pourraient être organisés dans chaque école, en vue de ce concours, comme le font les Chambres syndicales des industries d'art. »

Hâtons-nous de dire que, sur ce dernier point, nous avons devancé le désir de notre confrère : l'Ecole Dentaire de Paris reçoit, en effet, des élèves-*mécaniciens-dentistes*, désirant obtenir le brevet spécial de mécanicien-dentiste qu'elle délivre ; elle a organisé dans ce but des cours spéciaux d'une durée de deux ans, comportant trois examens : l'un à l'entrée, le second (théorique) et le troisième (pratique) à la fin de la deuxième année.

Mais, tout en approuvant le vœu de notre excellent confrère de Rennes, il ne nous paraît pas indispensable, sur cette question des mécaniciens-dentistes, de déranger l'Administration.

Il n'est pas nécessaire de faire modifier le décret du 13 novembre 1893. Après une enquête très sérieuse, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y a là qu'une simple question d'interprétation et de forme.

Ainsi, dans son chapitre V, article 26, huitième ligne, il est dit : « Peuvent réclamer le bénéfice du paragraphe 3 de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, les jeunes gens des catégories suivantes : ciseleurs, graveurs sur métaux,..... *fabricants d'instruments de précision et de chirurgie* ».

Il suffit donc que nos jeunes mécaniciens-dentistes, pour concourir pour la dispense en question, se présentent comme *ouvriers fabriquant des instruments de précision et de chirurgie* [1].

Et en effet, nous avons appris que les quelques dentistes qui ont déjà bénéficié de la dite dispense ne l'ont obtenue que par ce moyen, tandis que l'on refusait d'inscrire ceux qui se présentaient comme *mécaniciens-dentistes*, appellation qui ne figure effectivement pas dans le décret précité. Il est plus prudent, si l'on veut éviter dans le concours d'avoir, comme cela est arrivé à un de nos élèves, au lieu d'un appareil dentaire, un davier à fabriquer, de se faire inscrire sous la rubrique suivante :

*Ouvriers fabriquant des appareils de précision et de chirurgie dentaire.*

S'il y avait contestation de la part de l'Administration, il suffirait d'en informer une de nos Sociétés professionnelles, l'Association Générale des Dentistes de France, par exemple, qui interviendrait.

Quant à la dispense à accorder aux élèves des écoles dentaires en tant qu'étudiants d'établissements d'enseignement supérieur, elle ne peut être obtenue que par une modification à la loi de juillet 1889, nécessitant l'intervention de la Chambre des Députés et du Sénat, ce qui est difficile.

Il nous a semblé que la réunion, à Paris, du Congrès Dentaire national, était une excellente occasion pour faire connaître aux Pouvoirs publics les *desiderata* des dentistes sur cette question. Cela est d'autant plus opportun que l'autorité militaire, appréciant nos services, paraîtrait assez bien disposée à notre égard, d'après ce que me racontent plusieurs correspondants. Ainsi, l'un des nos confrères, appelé à faire une période d'instruction militaire, vient, sur sa demande, d'être admis comme *médecin auxiliaire*, avec les seuls titres de D. E. D. P. et de chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous félicitons très vivement l'autorité militaire de cette décision qui place enfin le chirurgien-dentiste dans le service de santé, avec une fonction en rapport avec ses aptitudes, son savoir et le grade qu'il a obtenu à la Faculté de Médecine.

Nous souhaitons, pour tous nos confrères appelés dans les mêmes conditions, que cette mesure devienne la règle générale. Ayant ainsi, d'après ce qui précède, l'espoir d'obtenir satisfaction pour les dentistes faisant leurs 28 jours, et pour les mécaniciens-dentistes, nous proposons au Congrès d'émettre un vœu s'appliquant spécialement à la réforme législative réclamée en faveur de nos étudiants, vœu ainsi conçu :

1. Il faut se faire inscrire à la mairie, bureau du recrutement, aux mois de février et mars, et l'on est convoqué pour le jour des examens.

« Les Membres du Congrès Dentaire national (session de Paris 1897), réunis en séance le 28 octobre 1897,

» Considérant :

» Que, dans la loi du 30 novembre 1892 assimilant l'art dentaire à la médecine, et dans le décret du 31 décembre 1894 assimilant les écoles d'art dentaire aux établissements d'enseignement supérieur, on a omis d'indiquer la situation des étudiants-chirurgiens-dentistes vis-à-vis de la loi militaire de 1889 ;

» Qu'il semble résulter de l'esprit de la loi militaire de 1889 que les dispenses accordées par l'art. 23 doivent s'appliquer à tous les établissements d'enseignement supérieur, et que la situation exceptionnelle dont souffrent les étudiants-chirurgiens-dentistes ne résulte que de la postériorité de la loi de 1892, et d'une omission, facilement réparable, involontaire des législateurs ;

» Emettent le vœu

» Que, par une disposition additionnelle à la loi militaire de 1889, réglementant la situation militaire des chirurgiens-dentistes, la dispense de deux ans de service militaire accordée par le paragraphe 2 de l'art. 23 de la loi militaire de 1889, ainsi conçu :

» ... 2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir :

» Soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire ;...

soit applicable au *diplôme de chirurgien-dentiste délivré par les Facultés de Médecine de France* ;

» Et décident que ce vœu sera transmis par le Bureau du Congrès à M. le Ministre de la Guerre, ainsi qu'aux Pouvoirs publics compétents, et qu'il devra en poursuivre la réalisation. » (*Applaudissements.*)

Ce vœu, mis aux voix, est adopté.

Avant de clôturer la séance, M. le Professeur Brouardel s'exprime ainsi :

« Messieurs,

» On a parlé tout à l'heure de 1900 pour la réunion d'un Congrès international dentaire à Paris. Je tiens à vous dire dès à présent que la Faculté de Médecine est à votre disposition, et qu'elle sera heureuse de vous donner encore l'hospitalité. » (*Applaudissements répétés.*)

La séance est levée à 4 h. 1/2.

---

## AVIS

**Les congressistes qui désirent recevoir une épreuve de la photographie prise le vendredi 29 octobre, rue de l'Abbaye, peuvent s'adresser directement à M. Pirou, 23, rue Royale. — Prix : 5 francs.**

# LE XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU

(Extrait du *Zoubovratchcbni Westnik.*)

Par M. G. P. Schleier, D. E. D. P.

Les séances de la section dentaire du XIIe Congrès international de Médecine ont eu lieu dans les locaux de la Société noble de Moscou, et les démonstrations à l'Ecole Dentaire du Dr Kowarski. On comptait cent assistants environ.

Voici le compte rendu détaillé du Congrès.

## 8 août.

1° Dr M. Wolf (Agram). — *Soins de la bouche chez les écoliers.*

2° M. Lippchitz (Berlin). — *La carie dentaire chez les écoliers.*

Les débats sur ces deux communications ont donné lieu à l'élection d'une commission chargée de s'occuper de la solution de la question de la surveillance de la dentition chez les enfants jusqu'à six ans, et dans la période de la vie scolaire qui suit.

Ont été élus : Professeur J. Scheff, Dr Wolf, Lippchitz et Dr Muller.

3° Dr E. S. Talbot (Chicago). — *L'hygiène de la bouche.*

L'auteur a montré à la fin de sa communication une brosse à dents qui peut aussi servir pour la face linguale.

4° Dr W. J. Younger (Chicago). — *Etiologie et soins de la pyorrhée alvéolaire*

5° Dr E. S. Talbot (Chicago). — *Pyorrhée alvéolaire.*

Les deux auteurs arrivent au même résultat : la pyorrhée provient des causes locales et non générales (rhumatismes).

6° Dr J. Meitnitz (Vienne). — *Sur la formation des dentines.*

L'auteur montre des préparations magnifiques des différents aspects de la formation de nouvelles dentines.

7° Dr O. Amoedo. — *Implantation des dents. Résultats éloignés, des implantations dentaires.*

Ce travail avait été lu au Congrès de Rome, et imprimé dans un des journaux français.

## 9 août.

De 9 heures du matin à midi, démonstrations à l'Ecole Dentaire du Dr Kowarski.

Le Dr Bonwill montre l'emploi de l'or en feuilles pour les aurifications au moyen de son maillet. L'opérateur a fait deux obturations : une centrale sur la face supérieure d'une molaire, l'autre externe sur une molaire aussi. L'opérateur peut se servir d'or ou de ciment.

Le Dr H. Hillischer (Vienne) présente son appareil pour l'anesthésie au moyen du protoxyde d'azote et de l'oxygène, avec l'aide duquel on peut produire un mélange rigoureusement dosé des deux gaz.

Au lieu du masque, il y a un simple conduit à deux ouvertures, dont l'une sert à un courant d'azote, l'autre à un courant d'oxygène.

Le conduit s'introduit dans la bouche du malade ; par conséquent, le mélange se produit dans la bouche même. Pendant l'anesthésie les lèvres du malade sont serrées autour du conduit par les doigts de l'opérateur. De cette façon on obtient un mélange vigoureux des gaz à respirer, et l'anesthésie se produit plus promptement. Il a été procédé à une extraction avec anesthésie, et quoique le malade ait crié, il a déclaré, une

fois réveillé, ne se rappeler de rien et avoir eu un sommeil très agréable.

Le Dr Aguilar (Cadix) montre l'appareil du Dr Telschow pour l'anesthésie par le chloréthyle, et une pince pour le redressement des dents.

Le Dr Timme (Berlin) présente une presse pour la réparation des pièces de prothèse métalliques légèrement courbées, avec des dents déjà soudées.

L'appareil se compose d'un cylindre en acier avec un fond d'une hauteur de trois verchok [1] à peu près, l'épaisseur des parois est environ d'un demi-verchok, ayant comme diamètre 2 à 2 1/2 verchoks. Dans le cylindre entre un piston en acier aussi, formant un cercle d'un demi-verchok d'épaisseur. Pendant l'opération on verse dans le fond du cylindre un peu d'une poudre quelconque, on met par-dessus le modèle en plâtre avec la pièce de prothèse, et l'on verse sur le tout une couche d'un demi-verchok de la même poudre. Puis on introduit le piston, et on frappe son centre avec un lourd marteau. En sortant, le modèle et les dents soudées sont entiers, et la lame solidement adaptée au modèle. L'appareil est très simple, et répond complètement aux *desiderata.*

Le Dr Schreier explique sa préparation potasso-iodique, employée pour le traitement des pulpes gangréneuses des canaux des racines.

Il indique aussi un or nouveau pour les aurifications. Dans cette préparation, le recouvrage des deux côtés de la mince couche de l'or des lèvres avec de l'or en feuilles, constitue seul une nouveauté.

Il présente ensuite une nouvelle carte des maladies de la pulpe, du maxillaire, etc., etc., dressée par le professeur S. Arkovy.

De 2 à 5 heures les communications suivantes ont été faites :

Professeur Dr J. Scheff (Vienne). — *Quelle est l'instruction générale et spéciale qu'on doit exiger des personnes qui se destinent à l'art dentaire ?*

L'auteur dit que le meilleur système pour la formation des spécialistes odontologistes serait d'exiger que le candidat eût fait ses études médicales complètes, et suivi un enseignement odontologique spécial.

M. G. Silbermann (Mohilew). — *Sur les élèves attachés aux cabinets des dentistes.*

L'auteur dit que depuis longtemps on sait que cette façon de former des dentistes est à notre époque un anachronisme, et que la nécessité d'élever le niveau intellectuel du dentiste se fait vivement sentir.

Le Dr Sauvez fait une communication sur l'*anesthésie par le chloréthyle*, et présente son appareil. Cet appareil a été décrit il y a deux ou trois ans, dans les journaux étrangers.

Le **10 août**, assemblée générale, pas de séances des sections.

### 11 août.

De 9 heures à midi, démonstrations.

Dr W. Bonwill (Philadelphie). — *Obturation par l'amalgame.*

La digue est remplacée par la masse de Stent.

Le Dr Hillischer (Vienne) démontre de nouveau la narcose au moyen du protoxyde d'azote.

Le Dr Timmé présente un appareil pour sécher les cavités avec des vapeurs chauffées d'éther. Dans la partie métallique de l'appareil il y a un élargissement dans lequel on met une boulette de coton imbibée d'éther ; cet élargissement se chauffe sur le gaz ou sur une lampe à alcool. Les vapeurs d'éther se dégagent bien vite, se condensent dans un ballon en caoutchouc adapté à l'appareil, et sont conduites dans la cavité.

Le Dr W. Younger (Chicago) montre l'éloignement des dents penchées,

---

1. 1 verchok, 116e d'aune; l'aune = 1 m. 188.

dans le cas de pyorrhée alvéolaire. On éloigne avec des instruments ordinaires la pente le plus profondément possible de dessous la gencive. Pendant l'opération on lave souvent avec une solution de lysol à 3 0/0. Pour dissoudre les petites parties qu'on ne peut point toucher avec les instruments, on met autour de la dent, sous la gencive, de l'acide lactique, et on lave de nouveau avec une solution de lysol. Après l'opération, on badigeonne la gencive, et, en dessous, avec de la teinture d'iode. On conseille d'employer ce nettoyage, même dans les cas légers, à peine perceptibles. L'auteur prétend que de cette façon on peut arriver à guérir la pyorrhée alvéolaire.

M. O. Amoedo. — *Une implantation dentaire.*

On désinfecte le champ à opérer, on anesthésie au moyen de la cocaïne, puis on fait une incision en croix dans la gencive, et on sépare les lèvres de la plaie. Dans la partie alvéolaire mise à nu, on perce une petite ouverture; dans cette ouverture artificielle on introduit la couronne naturelle avec la couronne artificielle sur laquelle, avec de petites roues, on produit l'articulation exacte avec les antagonistes. Ensuite on fixe la dent dans le creux. On ne fait point de suture à la plaie. On emploie des lavages désinfectants.

M. U. Chrouchtchoff montre un accumulateur pour la cataphorèse, et fait deux expériences avec la cataphorèse.

De 2 à 5 heures, ont été faites les communications suivantes :

Le Dr Timme (Berlin). — *Sur les travaux en émail et leur cuisson dans le moufle électrique.*

L'auteur montre son procédé. Son moufle est un tout petit appareil facilement transportable et parfaitement bien compris. Le four se chauffe par des courants électriques.

Le mélange se compose de huit parties de quartz, vingt-deux de spath, et d'une matière colorante quelconque. On recouvre, avec ce mélange mouillé avec de l'eau, la lame métallique (celle du palais et celle de la gencive) et on chauffe dans le moufle. On obtient un produit très clair; mais lorsque les gencives et le palais artificiel sont par trop grands, la prothèse a proportionnellement un grand poids, ce qui rend peu pratique l'emploi de ces travaux sur des grandes pièces de prothèse.

Dr Hillischer (Vienne). — *Sur la narcose.*

Après avoir considéré les mérites et les défauts de tous les modes de narcose et d'anesthésie, l'auteur conclut que la narcose au moyen du protoxyde est la moins dangereuse.

M. A. Z. Riabkow. — *Douleurs provoquées par l'emploi de la pâte d'azote arsenicale.*

L'auteur se demande pourquoi la pâte arsenicale provoque de fortes douleurs, et cherche le moyen de les empêcher. Souvent la pâte n'est pas homogène — dans le haut se trouvent les produits servant de véhicule, et dans le bas l'acide arsenique, — et si l'on n'a pas soin de mélanger la pâte avant de l'employer, il peut arriver que l'acide arsenique ne pénètre pas dans la dent, ou que, s'il y pénètre, ce soit en quantité trop petite. C'est pour cela qu'on n'atteint pas le but voulu. Souvant la première application de la pâte arsenicale ne produit pas l'effet voulu, et il est nécessaire de renouveler l'application ; mais quelquefois on ne peut arriver, même la seconde fois, à supprimer complètement la douleur. Il explique ce phénomène comme suit : a la première application il s'est formé une croûte d'ulcère sur la pulpe, qui empêche la pâte arsenicale de pénétrer dans la couche inférieure de la pulpe. Pour éviter cela, l'auteur recommande de perforer la croûte avec une aiguille, et de mettre seulement après cela de nouveau de la pâte arsenicale.

M. O. Amoedo. — *Sur l'enregistrement des malades.*

L'auteur prouve la nécessité d'un enregistrement rigoureux des malades qui se présentent dans le cabinet du dentiste, et propose sa façon de procéder.

**12 août.**

Dr Younger (Chicago). — *Le nettoyage des dents dans la pyorrhée.*

Dr Samschei (Suisse). — *Ligature métallique facilement fusible pour la soudure des différentes pièces de prothèse.*

Dr Timme (Berlin). — *Préparation des couronnes en or.*

On prend une couronne de la dimension voulue (on doit avoir un choix considérable de ces couronnes en or), on l'adapte comme hauteur et comme forme à l'orifice qui existe dans la dent; la face destinée à la mastication s'adapte au moyen de pinces. On fait des excavations ou de petites excroissances selon le besoin. Lorsque tout est prêt, on fixe la couronne avec du ciment.

Dr Hillischer (Vienne). — *Narcose par le protoxyde d'azote, pendant laquelle on opère une extraction.*

Dr Bonwill (Philadelphie). — *Obturation à la gutta-percha, maillet et articulateur.*

M. Amoedo. — *Obturation d'une dent avec une fistule dans une séance.*

A partir de 2 heures on fait les communications suivantes :

Dr G. Kalonstow. — *Pyorrhée alvéolaire.*

Les causes de cette maladie ne sont pas encore bien connues; les uns les donnent comme suite d'un phénomène local, d'autres, général; mais il faut toujours constater la carie alvéolaire. Comme preuve, l'auteur cite quelques cas de sa pratique, présentant de la carie alvéolaire bien déclarée.

M. Krause (Saint-Pétersbourg). — *Traitement des dents sans pulpe.*

Dr Cunningham. — *Redressement des dents au moyen de la séparation.*

Ce moyen consiste en ce qu'on sépare la petite cavité de la dent à redresser des cavités voisines en limant en long. Ensuite on met la dent avec des pinces dans la position voulue et on la fixe. Ces pinces ont la forme suivante : une de leurs parties forme un fourche à deux bouts, sur chacun de ces bouts on met une boulette molle de digue; l'autre partie représente la face dentelée de la pince ordinaire. A l'application les boulettes se posent sur la face latérale des lèvres voisines, et le côté ordinaire sur la face linguale de la dent à redresser. Lorsqu'on rapproche les deux parties, la dent s'ébranle en avant. Lorsqu'on pousse la dent d'avant en arrière, les pinces poussent à l'envers. L'opérateur montre quelques photographies avant et après le redressement. D'après ces épreuves, on obtient en peu de temps un résultat admirable, et plein de promesses.

M. A. W. Ficher. — *Nécessité de répandre dans le public une connaissance suffisante du système dentaire et de l'hygiène de la bouche.*

Souvent le mauvais état du système digestif, chez les adultes et chez les enfants, provient de l'ignorance du public sur le rôle important que jouent les dents et sur la façon de les conserver saines.

Il faut organiser, partout où c'est possible, des conférences publiques avec des projections et tous les autres moyens qui peuvent faire connaître le sujet.

Des conférences appuyées de démonstrations s'impriment plus facilement et avec plus de fruit dans la mémoire.

Les dentistes doivent naturellement être les propagateurs principaux.

L'auteur prie la section odontologique du XII^e Congrès d'émettre le vœu qu'il y ait des dentistes attachés à toutes les écoles.

Dr Wolf. — *Rapport sur les décisions de la commission élue le 9 août.*

Cette commission propose que dans chaque pays on élise des commissions spéciales qui s'occuperaient auprès de leurs gouvernements de la nomination des dentistes attachés aux écoles, de façon à ce qu'on puisse soumettre les dents des enfants à une visite périodique. Le résultat serait consigné sur deux cartes, l'une destinée aux parents, l'autre conservée par le dentiste. De cette façon on pourrait obtenir des déductions statistiques et en rendre compte au Congrès international de 1900, à Paris.

## 13 août.

*Séance à 9 heures. Point de démonstrations.*

Continuation de la discussion sur le rapport de la commission. Le rapport est adopté avec quelques modifications.

M. A. U. Kolwalew. — *Préparation des modèles en plâtre.*

Tout le monde connaît l'importance de l'exactitude du modèle en plâtre pour la prothèse dentaire. L'assortiment des porte-empreintes joue un rôle extrêmement important. Il faut prendre d'abord un modèle avec un porte-empreinte ordinaire, se rapprochant plus ou moins, faire un modèle en plâtre, puis préparer un porte-empreinte tout à fait exact en plomb. Pour cela, on prend une plaque de plomb d'une épaisseur d'environ 1/4 de centimètre, assez grande pour pouvoir couvrir le modèle, puis on la superpose au modèle, et on la repousse avec le marteau jusqu'à ce qu'elle s'applique complètement, on l'ébarbe, et on obtient un modèle très exact, demandant très peu de cire et permettant d'obtenir une forme des plus exactes.

M. Chrouchtchoff. — *Anesthésie par l'électricité et cataphorèse dans le traitement des dents.*

L'auteur est arrivé, d'après des faits constatés dans sa pratique, à être sûr que l'électricité et la cataphorèse (?) rendent vraiment l'extraction insensible, et il engage à continuer de plus en plus à s'occuper de ces moyens anesthésiques.

Étant donné que deux extractions faites par lui le 11 août sous l'influence de la cataphorèse (?) ne permettent aucune conclusion décisive, on propose à l'auteur de faire le lendemain matin encore quelques expériences, ce à quoi l'auteur consent très volontiers.

M. Nesmeianow. *Les années écoulées depuis la découverte de l'anesthésie et les mérites de l'odontologie en chirurgie.*

Les dentistes ont été les premiers qui se soient servis de l'anesthésie et par cela ont rendu un immense service à l'humanité ; d'ailleurs ils ont encore rendu d'autres services considérables ; entre autres l'opération du trépan se fait avec des instruments empruntés à l'art dentaire. Il faut chercher à obtenir que l'art dentaire ne puisse plus être exercé que par des gens ayant une instruction universitaire complète.

Certainement il serait à souhaiter que les dentistes eussent tous fait des études médicales, mais en même temps il serait nécessaire que ces étudiants suivissent ensuite des cours spéciaux d'odontologie et ce ne serait qu'après avoir satisfait à des examens spéciaux qu'ils auraient le droit d'exercer l'art dentaire.

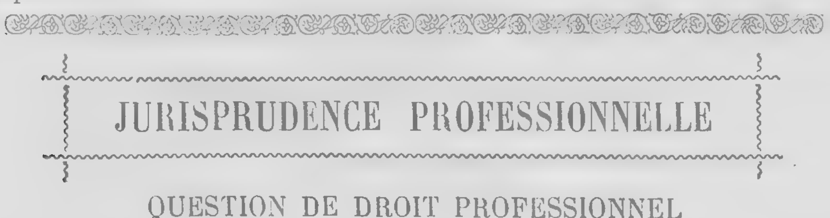
Dans les conditions actuelles les dentistes russes commencent en général à s'occuper d'art dentaire sans aucune connaissance d'odontologie ou avec des connaissances très restreintes, et c'est pour cela que leur profession est souvent si peu considérée.

Le président arrête la discussion.

**14 août.**

A 9 heures, on recommence les expériences demandées, sur l'extraction à l'aide de l'électricité et cataphorèse. M. U. Chrouchtchoff extrait encore à quatre personnes trois dents et quatre couronnes. Il a fallu en tirer un résultat plutôt négatif que positif sur l'utilité réelle de l'électricité pour les extractions.

Néanmoins on a exprimé le vœu de continuer les recherches et les expériences.



## JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

### QUESTION DE DROIT PROFESSIONNEL

Par M. Emile Roger,
Avocat à la Cour d'appel.

N° 39. *D'après la loi de 1892, un médecin-dentiste ou un chirurgien-dentiste patenté peuvent-ils s'adjoindre, pour se faire* SECONDER *et même* REMPLACER AU BESOIN, *un opérateur n'ayant ni diplôme ni patente ?*

Telle est la question qui nous a été posée dans la *Tribune ouverte* de ce journal et à laquelle nous allons donner le développement que comporte un point de droit pratique aussi important.

En un mot, il s'agit de rechercher si l'opérateur, dans un cabinet dentaire, doit avoir la capacité de « dentiste ».

La loi de 1892 est muette sur ce point. Nulle part nous ne voyons une disposition quelconque concernant les « assistants » ou « opérateurs » ou les élèves en « chirurgie dentaire ». C'est regrettable. Nous savons bien que la loi ne peut prévoir tous les cas et trancher toutes les situations que crée un nouvel état de choses ; mais il en est dans le nombre qui se rattachent si intimement et d'une façon si étroite à l'exercice de la profession qu'il semble qu'une disposition spéciale n'eût point paru surabondante. Nous trouvons bien dans l'article 6 une disposition visant les internes des hôpitaux nommés au concours et pourvus de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée. Ils peuvent, pendant une épidémie, ou à titre de *remplaçants* de docteurs en médecine, exercer temporairement la médecine, après autorisation préalable.

Les nécessités de la pratique placent assez souvent le titulaire d'un cabinet dentaire dans l'obligation de se faire assister d'un aide, pour donner des soins à sa clientèle. Il eût été bien simple d'intercaler dans cet article 6 un membre de phrase réglant la condition des opérateurs-dentistes. Nous y aurions gagné de nous trouver en présence d'un texte, sur un point très important touchant à l'organisation même de la profession de dentiste.

Puisque ce texte n'existe pas, à quelles conclusions devons-nous

arriver en nous inspirant de l'esprit qui a présidé à la confection de la loi de 1892 ?

Trois solutions peuvent être proposées; nous allons successivement les examiner.

1$^{er}$ *système.* — La loi n'a pas défendu aux titulaires de prendre comme aides des opérateurs non diplômés ; or, tout ce qui n'est pas défendu étant permis, il s'ensuit que le titulaire peut employer qui bon lui semblera, à ses risques et périls. « A quoi bon, disent les partisans de ce système, étendre des privilèges qui sont autant de restrictions au principe de la liberté? La loi ne suffit donc pas, ce n'est donc pas assez d'avoir décrété des obstacles à l'exercice de la profession, faut-il pousser l'ostracisme jusqu'à exclure d'excellents collaborateurs par cette raison seule que légalement ils ne pourraient être dentistes titulaires ? Le patron n'est-il plus en droit de choisir ses collaborateurs ; pourquoi les lui imposer, alors qu'il doit être le seul juge dans une affaire qui le regarde, en somme, et alors qu'en dernière analyse il est responsable civilement des conséquences d'un choix peu éclairé ? Son intérêt ne doit-il pas être le meilleur guide dans cette matière ? N'a-t-il pas à craindre, s'il s'entoure d'un collaborateur peu compétent, la perte de sa clientèle, et, ce qui est plus grave, ne doit-il pas, à chaque instant, redouter les conséquences de la négligence ou de l'ignorance de son assistant ? La responsabilité qu'il encourt est le meilleur garant de la circonspection que le maître ne manquera pas d'apporter dans le choix de son collaborateur. »

2$^{e}$ *système.* — Toutes les dispositions de la loi de 1892 s'accordent pour démontrer que la profession de dentiste est une profession essentiellement personnelle ; d'où cette conséquence qu'un cabinet dentaire doit être tenu par son titulaire, à l'exclusion de tous autres.

Cette opinion est la plus radicale et répond même jusqu'à un certain point aux préoccupations de certains politiciens sur la répartition et la limitation du travail. Voici le raisonnement sur lequel elle est fondée : « Le cabinet, c'est l'homme. *Cabinet de M. X...*, voilà l'en-tête légale. Si M. X... est obligé d'emprunter des concours étrangers, d'abord il cumule ; ensuite le cabinet n'est plus le cabinet de M. X... De plus, il n'est pas organisé selon le vœu de la loi, qui défend et punit même l'emploi d'un pseudonyme ou l'office d'un prête-nom, ce qui prouve péremptoirement qu'en dehors de son œuvre personnelle le titulaire ne fait rien de légitime. D'ailleurs, sait-on ce que peuvent cacher les mots « assistant, opérateur » ? N'y a-t il point derrière ces mots des situations pouvant constituer soit un véritable exercice sous un pseudonyme, soit l'office d'un prête-nom ? Si tel cabinet a trop de clientèle, qu'il en laisse aux autres confrères ! Un cabinet dentaire n'est pas une usine, où le cumul des bras soit licite, car la profession de dentiste est organisée par une loi ».

Nous avons dit que la question qui nous occupe pouvait être solutionnée de trois manières; voici la 3$^{e}$ : « Il est impossible

d'admettre que le dentiste puisse seul avoir le droit d'exploiter son cabinet. Au surplus, qu'adviendrait-il s'il était momentanément empêché d'exercer ? Faudrait-il qu'il fermât son cabinet ? Il suffit de poser la question pour la résoudre. Donc il est des cas dans lesquels un titulaire a besoin d'un collaborateur, c'est dans la logique des choses. Quelles seront les garanties que doit offrir au public ce collaborateur ? Ces garanties seront celles que la loi réclame du titulaire lui-même, c'est-à-dire la justification d'un diplôme ou du droit d'exercer transitoirement. Certes, le patron est responsable de son préposé. Mais dans notre espèce le fait pouvant engendrer la responsabilité du patron peut être dangereux pour le public ; il n'y va rien moins que de la santé, que d'un mal à la personne. La belle consolation pour un opéré maladroitement, de savoir qu'il aura un recours en dommages-intérêts contre le maître ! D'abord ce recours peut être illusoire, et, quoi qu'il arrive, la victime n'en est pas moins exposée à rester dans un état corporel qu'elle n'avait point envisagé certainement à son entrée chez le praticien. Mieux vaut employer les moyens préventifs, et ces moyens préventifs consistent à exiger des titres, qui sont une garantie de savoir ».

Nous ne faisons aucune difficulté pour adopter cette troisième opinion, elle est plus conforme à notre législation. La profession de dentiste, en effet, est réglementée. Qu'on le veuille ou ne le veuille pas, c'est un fait avec lequel il faut compter. Dans un but d'intérêt public, la loi exige de quiconque s'offre à donner des soins de la bouche une garantie d'habileté. Pourquoi exiger moins de l'*alter ego*, de l'opérateur, appelé non seulement à *seconder* le maître, mais même à le *remplacer* s'il y échet ? Ce n'est plus à l'heure où est votée une loi qu'il convient de faire du sentiment. La loi veut être obéie, c'est sa raison d'être. Elle ne peut exiger moins du suppléant que de la personne supplée, quand la sécurité publique est en jeu et qu'il s'agit d'une loi de police.

Nous disons : l'opérateur ne saurait avoir moins de titres à l'exercice, que le maître. Il exerce en réalité sous le couvert du maître, c'est vrai, mais enfin il exerce positivement. S'il n'est pas le dentiste nominal, il est le dentiste effectif ; et ne pourrait-on pas soutenir justement que l'opérateur qui aurait ainsi pratiqué sans droit, a commis le délit d'exercice illégal de l'art dentaire ?... Pourquoi pas ? Mais les internes des hôpitaux ayant douze inscriptions et les étudiants en médecine qui ont terminé leur scolarité commettraient un exercice illégal de la médecine, s'ils remplaçaient un docteur sans s'être fait préalablement autorisés dans les termes de l'art. 6 ! Pourquoi n'en serait-il pas de même en art dentaire ? Quelle serait la raison de distinguer ? Ne voit-on pas l'analogie la plus parfaite dans toutes les dispositions légales concernant la médecine et la dentisterie ? — Analogie, disons-nous, — mais il y a plus, il y a identité, devrions-nous dire, quand nous voyons, article 16, la loi punir, sous le vocable d'exercice illégal de la médecine, toute infraction à l'art dentaire.

Donc, toutes les dispositions de la loi tendent à établir qu'il faut à l'opérateur les mêmes titres, pour opérer, qu'au titulaire.

Il n'en serait pas de même si l'auxiliaire n'était pas un opérateur appelé occasionnellement à remplacer le patron, mais un simple élève chargé des soins élémentaires dans un cabinet. Il est dans la nature des choses de ne rien exiger de ce dernier, pourvu toutefois que, s'il se livre à la moindre petite opération, celle-ci ait lieu sous la *surveillance* et la *direction immédiate* du maître. C'est à cette condition que son intervention sera licite ; mais ne parlons pas d'opérations personnelles, et faites isolément par lui. Ce serait s'exposer à des poursuites judiciaires, dans le cas où il serait établi qu'il a procédé hors la présence de son maître.



# Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

## SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

*Séance du 12 octobre 1897.*

Présidence de M. de Marion, président.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Présents : MM. de Marion, Stévenin, Bruel, Jacowski, Hervochon, Paulme.

Excusés : MM. Ronnet et Dr Sauvez.

Sans excuse : MM. Rollin, Fabre, Martinier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu, mis aux voix et adopté.

M. le Président met aux voix les candidatures suivantes, qui sont adoptées à l'unanimité :

MM. Jules Bert, 172, rue du Temple ;

Barbaret, Monastir, 41, rue de la République, à Lyon ;

Mme Lesourd, 106, avenue Kléber ;

M. Meyenroch, 16, rue de Tilsit.

A l'ordre du jour pour la prochaine séance : la candidature de M. Ott, de Saint-Dié (Vosges) ; parrains : MM. Richard-Chauvin et de Marion

La séance est levée à 10 h. 1/2.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

*Manuel du Chirurgien-Dentiste*, publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. **Clinique de prothèse**, *Prothèse dentaire, Prothèse orthopédique, Prothèse des maxillaires*, par P. Martinier, professeur de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris, ex-président à la Société d'Odontologie de Paris, secrétaire général de l'Ecole Dentaire de Paris, avec 40 fig. intercalées dans le texte, — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Le cinquième et dernier volume du **Manuel du Chirurgien-Dentiste**, publié sous la direction de CH. GODON, vient de paraître, sous le titre de **Clinique de Prothèse** ; il a pour auteur le distingué professeur de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris, M. P. MARTINIER.

C'est avec un sentiment de juste fierté que nous constatons que ces aides-mémoire, si pleins de clarté, sont dus à nos collègues du corps enseignant de l'Ecole, en même temps qu'aux collaborateurs habituels de ce journal.

Conçu sous une forme absolument nouvelle, bien personnelle à son auteur, ce volume, composé de 340 pages, orné de figures, comble une lacune dont souffraient tous les étudiants, car, sans programme défini pour préparer la partie du 3e examen de la Faculté comprenant des « Eléments de prothèse », il était urgent qu'à cette rubrique vage on opposât une délimitation de la clinique de prothèse. Cela n'avait pas été fait jusqu'à présent. M. Martinier a donc été très heureusement inspiré en créant à l'intention des étudiants un programme net et précis qui leur servira de guide. *La 1re partie* notamment expose d'une façon très judicieuse dans ses différents chapitres les points suivants : définitions préliminaires ; examen et préparation de la bouche ; substances à empreintes ; porte-empreintes ; prise de l'empreinte ; prise de l'articulation ; substances entrant dans la confection des appareils ; combinaison de l'appareil ; essai de l'appareil, pose, retouches ; hygiène buccale.

Nous avons déjà publié le chapitre traitant de la prise de l'empreinte ; nous pensons faire plaisir à nos lecteurs en donnant aujourd'hui le chapitre II, relatif à l'examen et au traitement préparatoire de la bouche.

Nous remarquons surtout le chapitre VII : *Essai de l'appareil dans la bouche.* Par les conseils pratiques qu'il nous donne, l'auteur se place hors de pair parmi ceux qui ont écrit sur la prothèse den-

taire ; c'est bien là de la clinique pratique, exposée par un praticien expérimenté.

Cette partie est absolument indispensable aux médecins qui embrassent notre profession. A défaut de connaissances spéciales nécessaires pour exécuter les appareils, ils y trouveront au moins les indications leur permettant de faire exécuter pour leurs patients des appareils combinés scientifiquement.

*Dans la 2e partie* M. Martinier traite de la prothèse orthopédique, et fait connaître très méthodiquement les différents procédés de redressement avec leur application spéciale à chaque cas déterminé ; il y ajoute la description de l'appareil qui lui a permis d'obtenir les résultats que nous avons pu admirer lors de sa communication au Congrès dentaire. Cette partie se termine par la description des appareils de contention, l'étude des complications qui peuvent surgir et l'hygiène indispensable pendant le redressement des dents.

*Dans la 3e partie* : Prothèse chirurgicale des maxillaire et de la face, notre confrère condense très heureusement toutes les connaissances actuelles sur le traitement des fractures des maxillaires : prothèse immédiate et tardive ; prothèse palatine, vélo-palatine, linguale et nasale. Nous y voyons un appareil où l'ingéniosité de l'auteur éclate à nouveau. Cette partie, à elle seule, suffirait à assurer le succès de ce traité si complet, car quel est celui d'entre nous qui ne serait heureux, le cas échéant, de revoir rapidement tout ce qui a été dit et fait sur cette importante branche de notre art ?

En résumé, cet excellent manuel de clinique de prothèse, très méthodiquement divisé — chaque point étant traité avec la compétence que nous reconnaissons tous à M. Martinier, — devra se trouver entre les mains de tous les étudiants et de tous les praticiens ; les uns y apprendront ce qu'ils ignorent ; les autres, à titre de mémento, le consulteront avec fruit.

Ajoutons qu'après avoir exposé chaque méthode l'auteur indique fort impartialement ses avantages et ses inconvénients, laissant à chacun de ses lecteurs le soin d'appliquer en connaissance de cause celle qui semble préférable pour le cas à traiter.

En terminant, nous adressons à M. Martinier nos bien vives félicitations.

Quant à M. Godon, en publiant cette collection de cinq volumes, il a vraiment fait œuvre utile.

Ed. Papot.

---

## REVUE ANALYTIQUE

Georges Mahé. **De l'appareil de Kingsley pour le traitement de la fracture du maxillaire inférieur.** — *Revue de chirurgie*, n° 10, 10 octobre 1897, p. 781.

M. G. Mahé, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, rapporte, dans la *Revue de chirurgie*, un cas de fracture du maxil-

laire inférieur, par cause directe, observé à l'hôpital Bichat dans le service de M. le professeur Terrier, et dont voici le résumé :

Malade de 36 ans, charretier, à antécédents personnels suspects de tuberculose alcoolique, pressé entre la roue de sa voiture et le sol. Maxillaire fracturé entre la canine et l'incisive latérale inférieure droite. Fracture simple, déplacement notable. Ecoulement sanguin insignifiant ; douleur violente sur le moment, rapidement atténuée. Gonflement et indurations des parties molles *notables* au niveau de la lésion. Etat général actuel bon, pas de fièvre. Traitement : lavages boriqués. Une tentative de ligature des dents à l'aide de fils d'argent échoue, et n'a d'autre effet que d'ébranler davantage l'incisive latérale droite déjà très mobile.

L'empreinte est prise au godiva, mais la réduction préalable, tentée à l'aide d'une mentonnière en tarlatane plâtrée, échoue, et la réduction doit être opérée sur le modèle en plâtre, par le procédé ordinaire Confection entièrement en caoutchouc mou d'un *appareil de Kingsley* qui est placé 19 *jours seulement après l'accident.* Il est enlevé 40 jours plus tard. Le cal est formé et la soudure des deux fragments du maxillaire accomplie, mais l'alvéole de l'incisive latérale (qui était demeurée dans la substance à empreinte) étant resté béant est exploré avec une pince qui ramène un séquestre auquel l'auteur donne le nom de *séquestre en doigt de gant* à cause de sa forme caractéristique et représentant la *paroi interne* de l'alvéole de la dent tombée. Par suite de cette ablation, après irrigation et nettoyage sérieux, l'appareil est replacé pour attendre la guérison définitive, qui est constatée seulement 51 jours après la pose de l'appareil, et 70 jours après l'accident.

A ce propos, l'auteur indique les appareils qui lui semblent les mieux établis, parmi le nombre véritablement considérable de ceux qui ont été proposés, et s'étend surtout sur celui qu'il a choisi.

Il insiste dès le commencement de son travail, et à juste raison, sur ce point que c'est aux dentistes que cette question, restée assez longtemps dans l'indécision, doit d'être aujourd'hui à peu près fixée, et, sans préjuger de quelques cas spéciaux, mais rares, qui peuvent inspirer la combinaison de nouveaux appareils, il ramène à trois les appareils (tous dus aux dentistes) qui lui semblent, en possédant chacun des indications spéciales, répondre ensemble à la plupart des cas de la pratique ; ce sont :

1° *La gouttière simple* qui, par sa facilité de construction et l'absence d'appareil extérieur, convient à tous les cas où la fracture est simple et la contention facile, mais qui, ne constituant qu'une seule attelle, semble insuffisante pour les cas difficiles ;

2° *L'appareil de Martin,* le plus parfait, le seul quand il s'agit de fractures comminutives de contention difficile, avec plaies extérieures, mais tellement difficile à construire qu'il restera réservé aux cas où il peut seul donner un bon résultat ;

3° *L'appareil de Kingsley* qui, intermédiaire entre les deux appareils précédents, semble indiqué dans la majorité des cas.

Les trois appareils ont d'ailleurs pour caractère commun et *essentiel*, de *laisser libre l'articulation temporo-maxillaire.*

*L'appareil de Kingsley* [1] se compose d'une gouttière intra-buccale de caoutchouc munie de deux prolongements en acier, en forme de cornes qui sortent de la bouche par les commissures, et se prolongent jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire. On les réunit l'un à l'autre par une bande passant sous le menton, en y maintenant une planchette qui forme attelle externe, la gouttière formant attelle interne.

L'auteur établit qu'on peut apporter deux simplifications au procédé de Kingsley : constituer l'appareil uniquement en caoutchouc, et supprimer (dans les cas favorables) la planchette extérieure, la bande bien tendue suffisant à la contention de la fracture

Il discute ensuite deux défauts qu'on a reprochés à cet appareil : 1° *de gêner le décubitus latéral.* A cela il répond d'abord que son malade ne s'est jamais plaint de cet inconvénient ; ensuite que, dans nombre de cas, le décubitus latéral est nuisible et que les appareils ont été combinés pour l'éviter ; enfin, que si cet inconvénient existe réellement, il ne sera que temporaire, puisque Kingsley *conseille de supprimer les cornes et tout appareil extérieur, aussitôt que la fracture commence à se consolider*, et il signale *un appareil de Kingsley à cornes amovibles,* combiné pour faciliter cette suppression et que tous les auteurs qui ont signalé le procédé avaient jusqu'ici tenu sous silence ; 2° *de gêner le renouvellement du pansement sous-mentonnier.* M. Mahé montre que rien n'est plus facile, et *qu'aucun autre appareil ne donne plus de commodité pour cette opération.*

Il esquisse l'historique de cet appareil, signale sa parenté avec celui de *Howard* qui l'a précédé, et celui de Gunning (appareil construit à l'avance et toujours prêt à servir), qui l'a suivi, et il termine en « insistant sur cet appareil vieux déjà de près de vingt ans, et qui, par sa *simplicité* et *sa facilité de construction*, le *peu de gêne* qu'il occasionne au malade, la *liberté absolue* qu'il laisse à *l'articulation temporo maxillaire*, et par suite *la possibilité* qu'il donne d'une *alimentation à peu près normale*, la *parfaite contention* des fragments qu'il assure, constitue certainement un appareil capable de rendre de signalés services, dans un nombre considérable de cas, sinon dans la totalité des cas de fracture de la mandibule ».

Le travail est suivi d'une bibliographie consciencieuse des *fractures du maxillaire inférieur* qui est, croyons-nous, la plus complète qui ait été faite jusqu'ici sur ce sujet.

G. V.

---

1. Voy. *Odontologie* 1894, p. 321.

## ÉPILOGUE DES « NOUVELLES DE BORDEAUX »

La situation prospère de l'Ecole Dentaire de Paris, dont le développement synthétise les résultats remarquables du groupement amical le plus désintéressé, prouve par elle-même les inconvénients des sociétés similaires basées sur des combinaisons financières et dans lesquelles la solidarité, l'amitié, la confraternité et même l'enseignement finissent fatalement par être relégués au second plan, et doivent s'incliner et se sacrifier devant les questions de bénéfices et de dividendes. — De plus, les écoles ainsi constituées ne pratiquant pas l'assistance gratuite, font une concurrence indéniable aux praticiens modestes tout autant que les établissements connus par leur réclame tapageuse et trompeuse. — Enfin, nous avons toujours combattu l'ingérence, dans les établissements scolaires, de membres étrangers à la profession de dentiste et qui n'y sont attirés que par une ambition personnelle. Leur rôle est d'autant plus funeste qu'ils sont souvent moins soucieux des intérêts professionnels et du but poursuivi, que de la destinée financière de l'œuvre où ils se sont immiscés.

Tels sont les écueils que nous avions signalés, en 1895, à nos amis de Bordeaux, quelques mois après la fondation de leur école dentaire, montée par actions et dirigée par M. le Dr Rolland, qui n'exerce pas spécialement la profession de dentiste.

Nous avons constaté avec regret, mais sans surprise, que nos prévisions n'avaient rien eu d'exagéré, et nos amis ont reconnu que nos avertissements étaient fondés. — Il n'a fallu que deux années pour accumuler assez de griefs, entre l'administration et la plupart des professeurs dentistes représentant les principes et les intérêts de la profession dentaire à Bordeaux, pour rendre leur séparation nécessaire et même indispensable.

Nous félicitons nos collègues d'avoir su reprendre leur liberté plutôt que de transgresser leurs principes.

C'est la publication de ces faits qui n'a pas été du goût du Dr Rolland, parce qu'il lui était impossible d'en fournir une explication précise sans remettre en question les bases sur lesquelles repose l'école placée sous sa direction.

Aussi, en directeur qui surveille la caisse — et même la grosse caisse, car la réclame ne lui déplaît pas, — c'est avec une exaltation inquiétante qu'il nous accable de reproches, d'accusations et d'aménités tellement disproportionnées avec la nature du débat, que c'est à croire que le bon soleil de sa région, si profitable à d'autres, lui a surchauffé les lobes cérébraux. — Dans sa monomanie des revenus, M. Rolland ne voit qu'attaques contre la prospérité *financière* de sa Maison, et il nous traite de gens malhonnêtes voulant lui ravir son bien. On nous avait prévenus de l'irascibilité de caractère de M. Rolland, mais nous croyions à une exagération méridionale de notre correspondant. Nous constatons que l'assertion était même au-dessous de la vérité.

Désormais, nous ne nous occuperons plus de l'agité de Bordeaux,

ni de ses rodomontades ridicules ; nous le laisserons palper, sans nouvelle secousse, les beaux deniers que son entreprise peut lui rapporter ; mais, si nous comptions parmi les dentistes de Bordeaux, menacés dans leur clientèle par une concurrence déguisée et un avilissement des honoraires, nous aurions vite secoué les prétentions du Monsieur, et donné à son entreprise l'étiquette qui lui convient.

N. D. L. R.



# NÉCROLOGIE

## THOMAS EVANS

Thomas Evans, dentiste américain, commandeur de la Légion d'honneur, ex-dentiste de Napoléon III et de plusieurs cours étrangères, est décédé hier à Paris.

Jamais, croyons-nous, praticien ne fut plus célèbre au point de vue de la clientèle. Il possédait une fortune s'élevant à de nombreux millions. Malgré cette fortune colossale amassée dans notre pays, il ne s'était cependant jamais préoccupé du développement de notre profession en France, et il s'était abstenu de la façon la plus systématique de témoigner le moindre intérêt à tous nos efforts dans ce but. Nous ne pouvons pas oublier un acte d'hostilité bien mesquine de sa part vis-à-vis d'un de nos regrettés confrères, membre fondateur de l'Ecole Dentaire de Paris. Notre ami était collaborateur de M. Evans, qui lui demandait un jour si notre Ecole avait quelques chances de réussir. Comme on lui répondait que les inscriptions d'élèves affluaient, il dit très durement à son collaborateur qu'il devait à l'avenir cesser de contribuer à la prospérité de l'Ecole Dentaire, ou bien quitter son cabinet.

Mais paix à ce mort qui ne crut pas nécessaire d'aimer sa profession pour autre chose que l'argent qu'elle lui faisait gagner..... Il préférait le honneurs, et il paraît que, dans le splendide hôtel qu'il habitait avenue du Bois-de-Boulogne, où il est mort, on pouvait admirer (?) dans son salon une grande vitrine dans laquelle il exposait des centaines de décorations, les plus exotiques et les plus extraordinaires.

Il n'a pas vécu sans une certaine célébrité : celle, par exemple, d'avoir facilité à l'impératrice Eugénie son départ des Tuileries, le 4 septembre 1870.

---

## HENRI SICARD

Nous apprenons la mort de notre confrère le D[r] Henri Sicard, chirurgien-dentiste à Poitiers, membre de l'Association générale

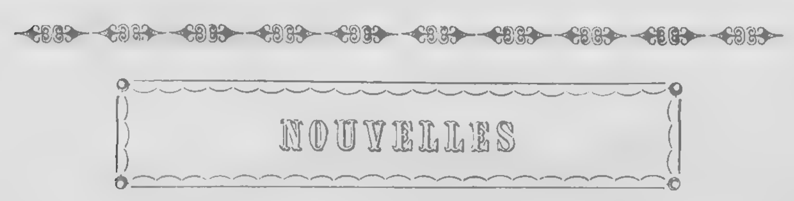
des dentistes de France. Docteur en médecine, il eut la conscience de reconnaître que, pour pratiquer l'art dentaire, ce titre seul ne suffisait pas, et, l'un des premiers parmi les médecins, il prit ses inscriptions à l'Ecole Dentaire de Paris, et en sortit en 1886 avec le diplôme de cette Ecole.

Fondateur de la *Revue Dentaire*, il dirigea cette publication d'art dentaire jusqu'en 1889, entourés de collaborateurs, d'amis plutôt, qu'il s'était faits à l'Ecole Dentaire de Paris.

Ceux qui l'ont connu n'ont pas oublié le camarade à la poignée de main toujours offerte, et ne se feront pas facilement au vide que produit dans leurs rangs cette tombe prématurément ouverte.

Nous prions M. Harry Sicard, son fils, de recevoir nos bien vifs sentiments de regrets.

E. Bonnard.



# NOUVELLES

M. le Dr Herbst, de Brême, a perdu pendant les séances de démonstrations pratiques un collier de grenat auquel il tient beaucoup.

La personne qui l'a trouvée est priée de vouloir bien le rapporter au bureau du journal.

---

Par décision du Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris, en date du 26 octobre 1897 :

MM. Barrié, professeur suppléant de dentisterie opératoire,
Bonnard, — — — clinique,
Martinier, — — — —
Touchard, — — — —
Sauvez, — — d'anatomie régionale,

ont été nommés professeurs titulaires des cours qu'ils faisaient précédemment.

---

Un concours pour le poste de chef de clinique aura lieu à l'Ecole Dentaire de Paris, du 20 au 31 janvier 1898 ; la date en sera fixée ultérieurement.

---

Nous venons de recevoir les premiers numéros d'un journal *The American Dental Weekly*, publié à Atlanta, Georgie, sous la direction du Dr B. H. Catching.

Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

*La Rédaction.*

---

M. le Dr Hillischer, de Vienne, a administré récemment sa trente-millième anesthésie avec un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

---

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

QUESTIONS

? N° 42. — *Un médecin, diplômé d'une Faculté d'Allemagne, est-il obligé de passer par une école dentaire et de subir les trois examens, ou bien son titre lui donne-t-il droit à quelque dispense pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste ?* X. X.

RÉPONSES

*N° 42. L'article 5 de la loi du 30 nov. 1892 répond en tous points à votre question : il est ainsi conçu :*

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examen pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique.

*N° 39.* — Nous publions en réponse à cette question l'article de M. Roger qu'on a pu lire à la page 355 de ce numéro.

*N° 40.* — On repolit facilement les dents à l'aide d'un mandrin de bois dur ou du bois d'une brosse à polir dépourvue de ses crins monté sur le tour d'atelier. On garnit le mandrin de ponce fine ou d'émeri en poudre très fine, délayée dans l'eau.

Une rotation un peu vive imprimée au tour permet de repolir en quelques minutes. E. B.

*N° 41.* — Il résulte d'une lettre de M. Noël, de Nancy[1], que les premiers essais d'aluminium coulé ont été faits par MM. Talma et Noël en 1858. Ceux-ci s'en sont d'ailleurs assuré la propriété par un brevet pris en décembre de la même année. E. B.

---

# AVIS

**On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *l'Odontologie* leur carte de visite ou à défaut une petite note contenant les détails nécessaires : nom, prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresses, etc.**

---

1. *Odontologie*, 1886, p. 279.





# VARIA

Il est généralement admis que le pêcheur à la ligne est un homme vertueux, doux et aimable ; cette règle n'est pas sans exceptions, car Magitot ne passait pas pour un homme doux, ni très aimable, et Labiche, pourtant son collègue à l'Institut, ne le considérait pas non plus comme un homme fort spirituel. C'est peut-être ce qui expliquerait le mieux pourquoi il lui était si désagréable d'être appelé *dentiste* ; il le fut cependant au moins une fois, si nous en croyons ce passage d'une chronique que publiait le *Temps*, le lendemain de la mort de Labiche :

« Un jour, chez la princessse Mathilde, où il se rendait volontiers, ayant gardé un grand attachement au second empire, un jour, dis-je, Labiche, voyant entrer dans le salon le dentiste Magitot, se pencha vers son voisin et lui dit à l'oreille :

— Comment s'appelle donc cet homme-là ?

— Magitot.

— C'est un nom de chien...

— Mais non, Munito.

— C'est vrai, c'est moi qui me trompe. Je rencontre cet homme-là une fois par an, et chaque fois il me demande : « Eh bien, monsieur Labiche, est-ce que vous prenez toujours de belles carpes en Sologne? » Et je lui réponds : « Quelquefois, quand j'ai des amis ». Tenez, il vient de notre côté, il ne va pas me faire mentir.

En effet, Magitot s'approche, et du ton le plus naturel, pose la question accoutumée :

— Oui, monsieur, répondit Labiche, quelquefois, quand j'ai des amis. »

(*Le Temps*, 25 janvier 1888.)

---

### UNE OPÉRATION DIFFICILE

Un singulier incident s'est produit ces temps derniers chez un de nos confrères, M. Jokhel, à Odessa, pendant une extraction dentaire.

Non seulement l'opération n'a pas réussi, c'est-à-dire que la dent n'a pas pu être extraite, mais encore le patient a été roué de coups, et ensuite envoyé à l'asile des aliénés.

Dans la plainte portée par le père du patient devant l'inspecteur de médecine, l'accident est relaté de la façon suivante :

« Le jeune Ilia, fils de M. Egize, élève de 7e classe, souffrant des dents, est allé consulter le dentiste Jokhel. Après avoir regardé le jeune homme, M. Jokhel se décida à enlever la dent gâtée, et, avant de procéder à l'opération, il fit une injection de cocaïne. Egize commença aussitôt, dans un état d'excitation extraordinaire, à se rouler d'un côté et de l'autre.

« Voyant son patient dans cet état, le dentiste pria le docteur Pissepasse de venir l'assister. Le médecin se mit à causer avec le malade ; mais ce dernier était tellement énervé qu'il répondit au médecin une grossièreté. Aussitôt, le médecin se mit à frapper le jeune homme. La surexcitation du malade augmentant, le Dr Pissepasse constata de

l'aliénation mentale, et appela deux agents de police auxquels il déclara que le jeune homme était atteint de folie, en leur intimant l'ordre de le conduire au poste de police. Le commissaire de police, mis au courant des faits, ajouta deux agents aux deux premiers, et envoya en voiture à l'asile des aliénés le jeune homme, complètement affaibli.

« Passant par hasard dans la rue, un condisciple d'Egize vit ce tableau et reconnut son camarade. Il supplia les agents de le mener à son domicile, leur expliquant qu'Egize était le fils d'un gérant de maison, et qu'il n'était nullement fou, mais les agents obéirent à leur ordre, et conduisirent le jeune homme, presque évanoui, à l'asile. Ayant suivi la voiture, le camarade d'Egize entra en même temps à l'asile et y attendit la sortie du médecin. Egize, après avoir été examiné par le médecin de service, fut reconnu être dans un état d'esprit absolument normal.

« Ce n'est qu'alors qu'on amena le jeune Egize, ses vêtements en loques, chez son père.

« L'inspecteur de médecine, M. Korch, provoqua à propos de cet incident une instruction très sévère. On convoqua le Dr Pissepasse et le dentiste Jokhel. En dehors de l'inspection médicale, on convoqua aussi le directeur du collège, et les agents de police mêlés à cette affaire.»

---

## CHOSES ENTENDUES

— Excusez-moi, madame, je ne comptais plus vous revoir.

— Ne m'en parlez pas, cher docteur, j'ai été affreusement malade depuis que vous m'avez vue, et mon médecin m'a envoyée passer deux mois à la campagne. Grâce à vos bons soins je n'ai pas souffert durant tout ce temps. Mais c'est aussi que j'ai pris bien des précautions, et que j'ai réussi à conserver le coton que vous m'aviez placé dans ma dernière visite.

---

— M. Chicolot est-il visible?

— Non, monsieur. Le dimanche, Monsieur n'est jamais là.

— Ah! là là là la! Mais c'est inhumain cela, de sortir le dimanche! Moi qui souffre tant!

— C'est vrai, monsieur a l'air de bien souffrir. Et il y a longtemps que monsieur souffre comme ça?

— Ah! je crois bien!... Depuis lundi dernier!

O. Thiède.

---

17e ANNÉE. N° 16. 30 NOVEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.


# L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

**L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au mois 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.**

**L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**


## BULLETIN

### EXAMEN PRATIQUE[1]

Mon cher ami,

J'ai lu le dernier Bulletin avec beaucoup de plaisir, car ayant eu moi-même l'honneur d'être « examiné » par les « chefs de service » dont il est si bien parlé, je puis affirmer, le sachant par expérience, que c'est vraiment une étrange chose que ce troisième examen *pratique* ainsi organisé.

D'ailleurs, quoique tu ne doives certainement pas être en peine de ramasser par douzaines des témoignages semblables, je vais te narrer tout au long ce qui m'est arrivé en cette circonstance, et, si tu le juges bon, tu pourras le raconter toi-même à tes lecteurs à l'appui du dernier article de Jean Sive : garde seulement mon nom pour toi, car ayant vécu jusqu'ici en dehors des polémiques, je me juge trop vieux maintenant pour commencer à m'y mêler.

Ce n'est pas, tu le conçois bien, sans inconvénient ni sans fatigue que vers la 45e année on impose à son cerveau des habitudes de travail et de pensée qui ne sont pas ordinaires, surtout quand les exigences d'une clientèle nombreuse ne laissent de libres pour ces études, que les moments qui m'eussent été nécessaires pour un

1. Cet article a été adressé à notre rédacteur en chef par un de nos abonnés ; nous le publions sans rien y changer.

N. D. L. R.

repos bien mérité. Mais enfin c'est fini, me voici l'un des petits mandarins de notre état social.

Ce dernier examen a été pour moi le sujet de plus d'une surprise, et certaines de mes idées professionnelles que je croyais bien ancrées dans mon cerveau par les faits expérimentaux d'une pratique de plus de 25 ans ont été complètement mises à la côte par la tumultueuse tempête que l'invincible théorie officielle a fait naître dans mon savoir, ou du moins dans ce qui paraissait devoir le constituer. Mais procédons par ordre. Ce dernier examen eut lieu dans un des hôpitaux de Paris.

Tu sais que la hardiesse dans les petites choses d'ici-bas n'est pas mon fort et que ma timidité m'a joué plus d'un vilain tour ; aussi, dès mon arrivée me suis-je senti un peu perdu dans cette immensité de vestibules, de galeries et d'escaliers. Ce ne fut pas chose facile de trouver la salle désignée pour notre examen : rien que la façon semi-dédaigneuse dont on répondait à mes demandes de renseignements en aurait imposé à de moins timides. « Examen de dentiste ? Ah ! oui, me disait-on, comme si la question paraissait extraordinaire, ce doit être par là », et en me disant : par là, un petit mouvement de tête me donnait une vague indication de direction.

Enfin, de par là en par là, j'arrivai. Mais pendant cette odyssée combien j'ai senti que le dentiste, malgré ce titre mirifique de chirurgien que la nouvelle loi lui concède, était considéré comme le paria de la profession médicale, et comment d'un art si spécial et si original que le nôtre on était en train de faire un état bâtard, et du chirurgien-dentiste une sorte de chauve souris louvoyant entre le médecin et l'artisan !

L'épreuve se compose de deux parties : l'une, qui est ou du moins *devrait* être pratique, consiste en l'examen d'une bouche dans une salle de clinique, et la notation des diverses opérations nécessitées par l'état dans lequel se trouve la dite bouche ; l'autre partie est, ou du moins devrait être l'explication donnée par l'examiné à l'examinateur et la critique faite par celui-ci, critique destinée à sonder le savoir professionnel du candidat.

L'examen des malades se fait dans deux salles de clinique. Ces salles sont petites, encombrées, d'une propreté douteuse ; les demandes aux malades se font au milieu des cris des opérés, martyrs de l'émotion examinatoire. Je parle des opérés pour mémoire, car pour mon compte *je ne pratiquai aucune opération* et n'en vis pratiquer (avulsion de dents) que par un jeune homme et un monsieur en tablier blanc, que l'on me dit être un chef de clinique.

Aussitôt après l'examen de la bouche du malade que l'on m'avait désigné, je dus rapidement retourner dans une salle du 1er étage pour l'examen théorique.

J'avoue que cet examen *pratique* détruisait un peu l'idée que je me faisais de ce genre d'examen ; j'avais assisté à l'Ecole dentaire de Paris à des examens pratiques qui m'avaient laissé un tout autre souvenir.

Mais arrivons à la deuxième partie.

Je pensais que cet examen serait purement professionnel, comme en faisait foi le programme ; mais je fus détrompé lorsque je passai avec le premier des trois examinateurs.

Ce monsieur, médecin des hôpitaux, très bienveillant du reste, m'adressa plusieurs questions d'anatomie, sur le pylore, entre autres. Tu vois d'ici ma confusion. J'ai bien fait de l'anatomie il y a quelque vingt ans, mais c'est bien estompé dans ma mémoire ; du reste, confiant dans le texte de la loi, qui dit que les dentistes établis antérieurement à 1889, n'auraient pas à passer le premier examen qui roule sur ces matières, je ne m'étais guère préoccupé d'anatomie, car ou le législateur a entendu, en supprimant le premier examen pour les dentistes établis anciennement, leur demander simplement par le second et le troisième une garantie de savoir, minimum professionnel et médical, sans les obliger à passer par une filière d'étude superflue, puisqu'ils pratiquent déjà plusieurs années ; ou bien cet article de loi est un leurre, puisqu'aucune règle n'existe touchant les matières des examens.

Je m'en tirai néanmoins tant bien que mal, et je passai au second examinateur, celui-ci, ainsi que le troisième, docteur-dentiste-stomatologiste.

Cette partie de l'interrogatoire roula sur l'examen du malade de la salle de clinique. J'y ai appris différentes choses qui tendraient à modifier mes connaissances professionnelles.

Ainsi, relativement à l'emploi combiné de la cocaïne et de l'acide arsénieux, M. l'examinateur dénia à la première toute action sédative et anesthésique dans son union avec le second.

Pour qui sait combien souvent sur une pulpe qui résiste, l'action de l'arsenic est douloureuse, c'est certainement une bonne chose d'apprendre qu'il perd son temps en employant préventivement ou concurremment l'action anesthésiante de la cocaïne. Depuis si longtemps que je l'emploie, j'ai mal observé et mes malades sûrement ont mal senti — du moins M. l'examinateur me l'a assuré.

J'avais terminé ce que j'avais à dire sur mon malade, lorsque l'examinateur me rappela avec bienveillance que j'oubliais le fait le plus intéressant ? Une canine en légère rétroversion sur l'arcade. Je fus réellement surpris d'entendre traiter de question la plus intéressante, dans une bouche où des caries avec mortification de la pulpe existaient, une simple et légère rétroversion de canine. Mais sans doute la science officielle doit avoir autant de souci de l'esthétique de la race française, que de sa santé générale.

Le troisième examinateur me prit ensuite et m'interrogea sur le redressement des dents.

Oh ! combien, malgré les fatigues passées, je suis heureux d'avoir eu à subir cet examen, et combien de choses intéressantes j'ai appris, quoiqu'elles renversassent mes idées sur la matière ! Ainsi je me suis toujours évertué, pour redresser des dents en rétroversion, à éviter à mes petits patients le cruel plan incliné qui empêche la mastication de s'effectuer, en même temps que la pression brutale opérée sur la dent à redresser détermine souvent de la douleur, et

je me servais toujours d'appareils se fixant aux dents supérieures et agissant directement d'une façon continue, quoique modérée, sur la dent à repousser.

Comme je donnais timidement ces explications, il me fut répondu, d'un ton péremptoire, que le plan incliné est l'appareil idéal, que l'enfant n'a pas le temps d'en éprouver de la gêne, car lorsque aucun obstacle n'existe, le *redressement s'effectue en vingt-quatre heures*. Vingt-quatre heures, juste ciel ! Vingt-quatre heures pour que le phénomène d'ostéite raréfiante, qui doit faire place à la dent évoluant en avant, s'exécute sans entraîner d'inflammation susceptible d'amener le trop grand ébranlement de la dent et sa mortification subséquente ! Vingt-quatre heures ! Et moi qui étais heureux dans des cas semblables, d''arriver au but en trois ou quatre semaines !

Mais vingt-quatre heures, c'est encore trop pour les cas de rotation sur l'axe : là point n'est besoin d'appareils, le davier suffit, on n'a qu'à faire exécuter à la dent la rotation voulue ; c'est très simple. Comme j'émettais la crainte que la rupture du ligament alvéolaire n'entraînât, en plus de douleurs violentes, une inflammation périphérique intense, il me fut répondu : « Mais non, monsieur, mais non. »

Ah ! mon ami, quelle autorité donne la science officielle, et combien, près d'elle, est petite l'expérience individuelle résultant de nombreuses années de pratique !

Sorti de l'hôpital, je demandai à l'un de mes compagnons d'examen, qui paraissait très au courant, comment se recrutaient les examinateurs et par quelles épreuves ils passaient pour occuper ce poste, car, malgré moi, le petit côté frondeur de mon être se révoltait un peu contre l'autorité universitaire.

« Oh ! me répondit-il, le recrutement se fait d'une façon bien simple. Le premier qui vous a interrogé est un professeur de la Faculté de Médecine ; de celui-là rien à dire, la place ne se confère qu'après force travail. Quant aux autres, les examinateurs spéciaux, c'est différent. A part quelques-uns, véritables spécialistes dont la capacité est indéniable, la majeure partie se compose de docteurs en médecine, la plupart médecins de quartier sans clientèle, qu'une affiliation à une société quelconque de stomatologie rend propres à faire des examinateurs d'examens spéciaux.

— Stomatologie ? dites-vous. Ne sont-ils donc pas des dentistes ?

— Vous me posez là, répondit en souriant mon interlocuteur, une question délicate, car c'est un point sur lequel les intéressés eux-mêmes ne semblent pas bien fixés. S'ils acceptent et recherchent même des postes de *dentistes* dans les hôpitaux, s'ils acceptent et sollicitent même des commissions d'examinateurs dans les examens de *dentistes*, ils ont, par contre, dans toutes les occasions où cela leur a été possible, spontanément, hautement et catégoriquement affirmé *qu'ils ne sont pas des dentistes*. Ils sont, à leur dire, des *stomatologistes*, c'est-à-dire des spécialistes s'occupant de la bouche, comme les *oculistes* des yeux, les *auristes* des oreilles, etc.,

et s'ils se réclament vivement de leur parenté avec ces autres spécialistes, ils ont toujours renié toute espèce d'identité avec les dentistes. Lisez les déclarations mille fois répétées de M. Magitot, leur fondateur et leur président : elles ne laissent pas subsister l'ombre d'une hésitation à cet égard.

— De sorte, repris-je, *que de leur propre déclaration* mes examinateurs *ne sont pas des dentistes*? Savez-vous que vous m'inspirez des craintes sur la valeur du diplôme que je viens d'acquérir ! La loi porte expressément que, dans le jury du troisième examen, *il pourra se trouver des chirurgiens-dentistes* ; le terme est net et précis, et il n'est nullement question de spécialistes quelconques : *oculistes*, *auristes*, *stomatologistes* ou *gynécologistes*. Encore une fois, m'en voilà à me demander si le parchemin qu'on va me délivrer a réellement une valeur légale.

— Je ne saurais vous rassurer sur ce point. Mais en tout cas, un bon conseil : si vous avez dans votre localité un vieux confrère qui s'obstine à prendre le titre de *chirurgien-dentiste* sans avoir subi les nouveaux examens, croyez-moi, soyez charitable et prudent. Ne le poursuivez pas, parce que, s'il était au courant de la question, il pourrait peut-être vous contester reconventionnellement le titre en vertu duquel vous agiriez vous-même, car il est évident que la façon dont la loi est appliquée au troisième examen est susceptible de controverse.

— Mais, dis-je, un examen spécial, un travail quelconque, désignent au moins ces examinateurs à la nomination ministérielle : une sorte d'agrégation, en un mot?

— Point ! le titre de docteur en médecine suffit.

— Cependant, combien de docteurs en médecine ne sont reçus médecins qu'avec le minimum des études nécessaires ! C'est donc aussi bien parmi ceux-là que parmi l'élite, que le choix se fait.

— Parfaitement, aucune épreuve,... une simple nomination suffit. »

Je t'avoue que cette conversation me jeta dans une grande perplexité sur la valeur de mes acquisitions nouvelles en dentisterie. J'ai connu dans la région que j'habite des docteurs en médecine sans grande clientèle qui s'étaient mis à faire de l'art dentaire, pensant que leur parchemin leur tiendrait lieu de savoir ; l'exercice de notre profession les découragea-t-il ou la clientèle ne répondit-elle pas à leur invite? Quoi qu'il en soit, ils ne continuèrent pas. Mais si le hasard les eût fait essayer à Paris, ils auraient donc pu, eux aussi, être examinateurs d'examens de dentiste !

N'y a-t-il donc pas à Paris des dentistes, des docteurs en médecine ou simplement des chirurgiens-dentistes professeurs d'écoles dentaires qui pourraient, à la suite d'un concours, être des examinateurs revêtus alors d'une autorité plus incontestable que ne paraissent en avoir ceux qui sont actuellement désignés ?...

Voilà, mon cher, comment j'ai passé mon examen *pratique !*

Crois-moi toujours ton affectionné.

UN DIPLÔMÉ F. M. P.

# Travaux Originaux

## DESCRIPTION DU MUSÉE PRÉTERRE

(*Communication au Congrès de Paris*)

Par M. MICHAELS,
Président honoraire du Congrès.

Notre très honoré Président honoraire, M. le Dr Lecaudey, dans son ardent patriotisme professionnel, ne perd aucune occasion de témoigner sa bonne confraternité et sa constante sollicitude pour les jeunes, en vue du perfectionnement progressif de l'art dentaire en France ; il pense que les jeunes, qui sont destinés à nous succéder et auxquels il incombe de maintenir et de grandir la renommée des dentistes français, ont besoin de profiter de leurs aînés, de prendre connaissance de leurs travaux et de voir de près ce que la prothèse des restaurations, des maxillaires, de la voûte et du voile du palais, a pu produire depuis quarante ans, d'apprécier la conception et l'exécution de ces travaux, enfin de constater les difficultés vaincues. Dans sa pensée de confraternité pour nous tous, le Dr Lecaudey n'a pas hésité, dans l'intérêt professionnel, à acquérir et à conserver ce musée de feu Préterre, qui pourra peut-être, le cas échéant, vous donner une notion, une idée, une voie.

Le musée que j'ai l'honneur de vous présenter, et qui fut commencé vers 1853, a consacré les progrès que l'art dentaire a pu produire :

1° Dans les restaurations du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur, après leur ablation totale ou partielle ;

2° Dans les obturateurs des fissures congénitales ou acquises de la voûte et du voile du palais, ne remplaçant pas seulement la substance perdue, mais rétablissant les fonctions ;

3° Dans les restaurations des plaies d'armes de guerre (pièces commandées par le gouvernement français) pour les blessés de Crimée et d'Italie.

Ce n'est pas ici le lieu de faire l'historique de cette branche de la chirurgie; mais pour faire apprécier l'état de négligence où elle était demeurée avant les démonstrations que nous avons entreprises sur les nombreux malades des hôpitaux confiés à nos soins, je cite néanmoins un passage de l'un des auteurs les plus éminents en pathologie buccale[1].

Des obturateurs ont de tout temps été employés pour combler les perforations du palais, mais ce n'est qu'à la portion dure qu'il

---

1. Vidal (de Cassis), *Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire.* Paris, 1855.

ont été appliqués jusqu'alors. C'étaient des pièces ridiges, toutes de métal, d'une disposition plus ou moins heureuse, d'un poids souvent considérable, avec lesquelles on comblait seulement les fissures congénitales ou acquises de la voûte palatine. C'est à cela que se réduisaient tous les moyens de la prothèse de la cavité buccale.

L'historique de ce Musée est raconté en peu de mots. Le Dr Fowler a commencé cette collection par quelques appareils d'un travail remarquable, plus particulièrement à cause de la technique qu'à cause de l'idéalité et de la simplification.

Ces pièces sont mises de côté afin de distinguer leur individualité; elles ont été exposées et médaillées à l'Exposition universelle de Paris en 1855.

En 1859, lors de mon arrivée en France, j'ai eu l'occasion de continuer et de parfaire l'ensemble tel qu'il vous est présenté.

La présentation de ces appareils sur plâtre a attiré l'attention et a mieux fait apprécier leur application. En 1862, le jury de l'Exposition de Londres a consacré leur mérite par la grande médaille d'honneur. Par suite de ce succès et pris d'émulation, nous avons cherché dans les hôpitaux civils et militaires les cas pouvant offrir un intérêt spécial.

Les campagnes de Crimée et d'Italie ont fourni l'occasion de réparer les désordres les plus graves, les plus multiples, que puissent produire sur la face les projectiles lancés par la poudre.

Ces désordres ont opposé les difficultés les plus grandes aux restaurations prothétiques.

Nous nous sommes mis à l'œuvre, et une collection d'une douzaine de pièces, présentées à l'Académie de Médecine de Paris, a été couronnée par le prix Montyon.

De 1863 à 1867, le Musée a été augmenté et est devenu tel qu'il est présenté aujourd'hui; il a figuré à l'exposition universelle de Paris de 1867, où il a reçu la médaille d'or, unique à cette époque.

J'ai quitté la France à ce moment, et à mon retour, en 1876, j'ai pu constater que le Musée n'avait en rien enrichi sa collection.

A l'Exposition de 1878 il a encore obtenu la médaille d'or.

Toute cette œuvre n'a été possible que par le concours bienveillant des chirurgiens les plus éminents : MM. Nélaton, Ricord, Demarquay, Velpeau, Trousseau, Monod, Chomel, Laugier, Piorry, Diday, Mieg, Malgaigne, Cornay, Denonvilliers, Mounier, Barzeau, le baron Larrey, Perrin, Beyran, Legouest, Maisonneuve, Michaux, Parise, Robert, Sédillot, Bonnet, Chassaignac, Cullerier, Cusco, Dunglas, Huguier, Michon, Gosselin, Vallet, Broca, Verneuil, qui ont bien voulu encourager et patronner ces travaux.

Les résultats heureux de ces restaurations furent jugés par la Faculté de Médecine comme dignes de toute son attention pour les services rendus.

Vous plaît-il que je vous cite deux observations sur les restaurations et vous dise ensuite quelques mots sur les obturateurs, ainsi que les opinions des maîtres sur les résultats que nous avons obtenus?

I

H..., Benoît, sergent au 85e de ligne (guerre d'Italie), reçut à Magenta une balle qui vint frapper la mâchoire inférieure au niveau de la symphyse du menton, broya les téguments et les deux arcades dentaires du côté droit, et, après un trajet étonnant, vint faire issue à la partie inférieure du côté droit de la région cervicale postérieure.

H... fut évacué d'abord sur Milan, ensuite sur Toulon, où il guérit après l'extraction de plusieurs séquestres. Le maxillaire supérieur du côté droit a perdu toute l'arcade dentaire ; il ne reste que cinq dents du côté gauche ; le maxillaire inférieur ne porte que quatre dents ; perte de substance considérable avec une pseudarthrose au niveau de la symphyse. Les quatre dents inférieures, par suite de la perte de substance osseuse, se trouvent reportées en arrière, à un centimètre de l'arcade dentaire supérieure, mastication impossible. Nourriture : potage, pain trempé, viande hachée.

Prothèse dentaire supérieure et inférieure. Nous avons construit l'appareil inférieur, avec une arcade artificielle qui double extérieurement l'arcade déviée, s'articulant avec les dents supérieures.

Les pièces supérieures, destinées à remplacer les dents absentes, portent deux coins qui, à frottement doux, glissent sur deux plans inclinés taillés obliquemment sur les faces externes des molaires inférieures de la prothèse. Cette disposition fut reconnue nécessaire à cause de l'extrême mobilité des fragments du maxillaire inférieur.

Comme perfectionnement de ce cas particulier je note que, pour tirer le meilleur parti possible, nous avons fait articuler les quatre dents inférieures existantes avec la plaque de l'appareil supérieur. Les couronnes sont reçues dans des empreintes sur la surface de la pièce supérieure, et le malade mâchait de cette façon sur sa voûte palatine.

Comme détail de procédé, pour assurer et contrôler l'articulation, il importe que les deux coins ne soient pas de la même longueur.

Grâce à cette disposition, lorsque l'extrémité du premier coin touche à son plan incliné, la mâchoire inférieure est conduite à l'extrémité du second et la mastication s'opère.

Le résultat fut excellent.

II

Blessé de guerre, bataille de Solférino.

Service de M. le professeur agrégé Baizeau à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Destruction par une balle de tout le corps de la mâchoire inférieure et de la presque totalité de la langue; impossibilité de la mastication et de la déglutition, perte de la salive.

L'appareil que nous avons construit se composait d'un maxillaire inférieur artificiel, relié par des charnières doubles formant condyles, à une autre pièce reposant sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, en même temps que sur la partie la plus reculée de la voûte palatine.

Cette seconde pièce était fixée à droite et à gauche aux molaires restantes de cette mâchoire par des crochets et portait quatre dents artificielles, placées derrières les dents naturelles antérieures, de manière à ce qu'elles pussent s'articuler avec le dentier inférieur antagoniste, forcément placé plus en arrière qu'à l'état normal, à cause du retrait des parties molles du menton [1].

1. Prothèse buccale et mécanique dentaire d'Andrieu.

Enfin l'ensemble de l'appareil, dans le but de rendre son introduction plus facile dans la bouche, était divisé, sur la ligne médiane, en deux parties réunies par une charnière, de telle sorte que, fermé au moment de son passage entre les lèvres, il pût s'ouvrir une fois dans la cavité buccale.

Cet appareil est certainement un des spécimens les plus curieux et les plus remarquables de la prothèse buccale.

Entre 1860 et 1870 le monde médical était fort intéressé par la question des opérations chirurgicales de la staphylorrhaphie opératoire pour la formation des divisions congénitales ou acquises de la voûte et du voile du palais.

M. le professeur Roux, chirurgien éminent, qui s'est occupé très sérieusement de ces opérations, ensuite MM. Nélaton, Velpeau, Maissonneuve et Blandin, ont reconnu les difficultés inhérentes à de telles opérations.

M. le professeur Roux a dit qu'il faut une grande force de volonté de l'individu qui a à la subir, qu'il ait le sentiment de son incommodité et un vif désir d'en être délivré, qu'il ait le courage d'affronter la douleur, qu'il ait enfin la force et la patience de supporter certaines privations, certains assujettissements, sans lesquels on ne peut guère compter sur le succès.

D'autres considérations bien difficiles, pour le malade, ont découragé plus d'un chirurgien, devant le service problématique de cette opération Dans certains cas de la division de la voûte palatine, il existe de tels écartements que les malades sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

Ces considérations furent celles des grands chirurgiens : MM. Cloquet, Nélaton, Maissonneuve, Michon, Broca, Velpeau, Ricord, Chassaignac, Guersaut, Verneuil, etc.

Je cite quelques notes des leçons cliniques de ces praticiens éminents.

Nélaton disait à ses élèves, le 15 février 1861, en présentant des sujets atteints de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine et du voile : « Dans les cas semblables, il est bon que vous sachiez ce qu'il y a à faire. En pareille occasion autrefois, avant Roux, on ne faisait pas grand'chose, ou plutôt on ne faisait rien.

A cette période en succéda une autre, qu'on peut appeler période opératoire, pendant laquelle on chercha de diverses manières à remédier à cette infirmité et à fermer la fissure palatine.

On inventa des procédés, on modifia de diverses façons l'uranoplastie et la staphylorrhapie ; mais je dois vous le dire, le résultat de ces opérations est loin d'être satisfaisant ; on avait bien fermé le passage, mais ce n'était pas là tout le problème à résoudre : il s'agissait d'obtenir une déglutition plus régulière, une parole plus nette, un timbre de voix plus naturel, et tout cela sans faire courir le moindre danger au malade.

C'est alors que l'on s'est demandé si les appareils prothétiques ne l'emportaient pas sur l'opération. On était dans le doute,

lorsqu'un jeune médecin américain, W. Stearn, se présenta à l'Académie de Médecine, porteur d'un obturateur pour une division du voile du palais ; il parla et chanta devant nous, ôta ensuite son appareil, pour nous montrer une division étendue du voile du palais ; on put remarquer une différence considérable dans sa parole.

Ce résultat parut magnifique. Le doute n'était plus permis, et nous nous demandâmes si l'on devait tenter de nouveau la staphylorraphie. »

Je passe d'autres observations pour venir à la conclusion de sa leçon, qu'il y avait des perfectionnements à chercher (pour la prothèse), la voie était bonne, meilleure que par les opérations chirurgicales, et qu'il fallait la poursuivre.

« M. Préterre se chargea de ce soin, et je ne crois pas pouvoir mieux faire, pour asseoir votre jugement, que de vous montrer les malades ici présents.

Les malades répondent d'une manière très intelligible, en articulant nettement les mots. Leurs appareils enlevés, la différence est frappante : on ne réussit que très difficilement à les comprendre »

M. Nélaton ajoutait : Eh bien ! le résultat que vous venez de constater, je dois vous le dire, on est loin de l'attendre de la staphylorraphie ; or comme, la staphylorraphie est une opération sérieuse, elle semblerait dans un avenir prochain n'avoir plus de raison d'être.

Leçon de Clinique de M. Maisonneuve, Hôtel-Dieu, 15 juillet 1863.

M. Maisonneuve a reconnu que les opérations chirurgicales ne donnent pas généralement de résultats utiles ; que, malgré toute son attention, tous ses soins à bien faire, après avoir exactement fermé la division palatine et du voile, et même reconstitué la luette, il n'a pas pu réussir à modifier ou améliorer la parole. Malgré ses bons succès d'opérations, dans la plupart des cas, le voile du palais, ainsi restauré, n'était d'aucune utilité fonctionnelle, et il était persuadé que de telles opérations n'ont jamais atteint et n'atteindront jamais le but. « Nous y avons renoncé, dit-il, après avoir vu les succès des obturateurs prothétiques de M. Préterre », et en conclusion il ajoute que la staphylorraphie est actuellement une opération absolument condamnée.

Comparez les anciennes machines (obturateurs), si lourdes, si compliquées, parfois dangereuses à porter, qui furent présentées comme un progrès, avec les obturateurs que nous avons faits de 1862 à 1867, se fixant indépendamment des dents : un vélum mou, flexible, s'adaptant avec une rare perfection aux parties molles et dures de la voûte et du voile du palais, si léger que les sujets ne s'aperçoivent pas de leur présence. Ces obturateurs sont définitivement consacrés par l'expérience et des centaines d'infortunés, privés pendant de longues années de l'usage de la parole peuvent, grâce à ces perfectionnements, proclamer très haut les services immenses qu'ils leur ont rendus.

Il faut se rendre compte de la valeur de ce Musée, pour

pouvoir comprendre tout l'intérêt que la prothèse a mérité, de la part de ces maîtres de la science, qui l'ont patronnée et protégée de leur influence, et les encouragements qui lui ont été prodigués.

Si j'ai quelque droit en vous présentant ce Musée, c'est celui d'être satisfait, et ici je dois un tribut à mon ami le docteur Lecaudey qui a su apprécier ces travaux, et qui a voulu qu'ils ne fussent pas perdus, qui a désiré que ce Musée où j'ai donné toute mon intelligence, se trouve placé sous la protection et au milieu de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous espérons que les jeunes y trouveront un enseignement et un encouragement à suivre la même voie.

M. Papot. — Nous remercions M. Michaëls de sa très intéressante présentation ; mais nous devons surtout un hommage de vive reconnaissance à notre honorable doyen, M. le docteur Lecaudey. Nous le trouvons toujours quand il y a un sacrifice à faire pour le bien de tous ; il n'a pas voulu laisser partir à l'étranger cette cellection unique au monde, il en a doté le musée de l'Ecole dentaire de Paris, où chacun pourra venir la consulter. Messieurs, je vous demande, par un vote unanime, de témoigner de nos sentiments envers l'homme de bien que nous souhaitons de voir longtemps encore parmi nous. (*Chaleureux applaudissements.*)

---

## A PROPOS D'UN CAS DE ZONA DOUBLE BUCCO-PHARYNGIEN. LE DÉMEMBREMENT DE L'HERPÈS DU PHARYNX.

Par M. Marcel Lermoyez,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
et M. Barozzi,
Interne des hôpitaux.

Par définition le zona est une éruption unilatérale.

Exception est pourtant faite parfois à cette règle. Sans être très communs, les faits de zona bilatéral déjà publiés forment un contingent assez nombreux. Hebra cite des zonas doubles de la face ; Robertson[1] rapporte un cas de zona ophtalmique double. Les zonas thoraciques doubles sont moins rares encore. La bilatéralité d'une éruption herpétiforme n'exclut donc pas l'étiquette zostérienne.

Mais, ainsi que le fait remarquer Hebra, les zonas doubles sont presque toujours symétriques : ce ne sont là que des exceptions, tandis que les zonas doubles non symétriques sont des raretés ; tels les faits rapportés par Fabre[2], par Stabell[3], qui observèrent, coïncidant avec un zona unilatéral, l'un, un zona de la cuisse du même côté, l'autre, un zona lombo-abdominal croisé.

Le cas que nous rapportons, d'un zona bucco-pharyngien, double mais symétrique, n'a donc rien, malgré son extrême rareté, qui ne concorde avec les observations cliniques antérieures.

---

1. Robertson. *Lancet*, juillet 1888.
2. Fabre. Mémoire sur le zona, *Annales de médecine d'Anvers*, 1881-1882.
3. Stabell. *Herpes zoster bilateralis*, in *Vierteljahr für Dermat. und Syph.*, 1885.

M. B..., ancien commissionnaire en marchandises, pensionnaire à l'institution Sainte-Périne, est un vieillard encore vigoureux, malgré ses soixante-dix-huit ans. Il n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être notés. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis : on n'en trouve d'ailleurs aucune trace.

L'affection pour laquelle il vient nous consulter a débuté, le 6 mars 1895, par une sensation d'ardeur insolite et d'endolorissement au niveau de toute la muqueuse buccale, accompagnée d'un agacement gingival très marqué et d'une pénible impression de brûlure pendant la mastication. Pas de phénonomènes généraux.

Notre premier examen a lieu le 8 mars, deux jours après l'apparition des symptômes buccaux. En explorant la bouche, on constate tout d'abord une rougeur diffuse qui occupe la partie supérieure de cette cavité. On remarque que cette coloration siège à la voûte palatine, aux gencives, aux sillons gingivo-labiaux supérieurs, à la face profonde de la lèvre supérieure, ainsi qu'à la face interne des joues à leur partie supérieure. En arrière elle s'étale sur le voile du palais, recouvre la luette et vient s'éteindre sur les piliers antérieurs : l'isthme bucco-pharyngien marque sa limite.

La langue, les gencives inférieures, le plancher buccal sont indemnes : aucune rougeur non plus sur les amygdales ni sur la paroi postérieure du pharynx.

Sur ce fond rouge uniforme on voit se détacher un certain nombre de plaques d'une teinte plus sombre, à bords finement festonnés, et dont la partie centrale est sillonnée d'arborisations vasculaires. Ces plaques sont disposées des deux côtés de la bouche suivant un ordre parfaitement symétrique ; il en existe même une en pleine ligne médiane, répondant au frein de la lèvre supérieure.

Sur chacune de ces plaques se trouve un petit groupe d'éléments franchement vésiculeux, les uns récents, limpides, brillants et distendus par du liquide ; les autres plus ternes, jaunâtres.

En certains points ces vésicules se sont rompues et laissent voir une petite ulcération peu profonde, à fond rosé, à bords irréguliers. Ailleurs, les vésicules, qui étaient confluentes, montrent, après leur rupture, une surface exulcérée, à bords festonnés, à fond jaunâtre et comme pultacé. Au niveau des gencives et des sillons gingivo-labiaux, ces groupes vésiculeux forment, par leur ensemble, une véritable ceinture d'une symétrie remarquable, qui vient se terminer en avant, juste sur la ligne médiane, au-dessus des incisives qui manquent.

Les troubles fonctionnels consistent, comme nous l'avons dit, en une sensation de chaleur très pénible, à laquelle s'ajoutent des picotements et des cuissons, toutes les fois que le malade essaie de mâcher ses aliments.

Encore aujourd'hui les phénomènes généraux font complètement défaut : il n'y a ni fièvre ni céphalalgie ni lassitude; l'appétit est conservé ; pas de diarrhée ni de vomissements ; l'haleine n'est pas fétide ; le malade se plaint seulement d'avoir un peu plus soif que d'habitude. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine ; la quantité excrétée dans les vingt-quatre heures est normale.

Sur aucun autre point du corps on ne trouve d'élements éruptifs. Le pourtour des lèvres est indemne d'érosion herpétique.

Comme traitement le malade se contentera de se rincer la bouche avec une mixture émolliente tiède.

10 *mars*. — Même état.

11 *mars*. — On découvre une vésicule au milieu de la luette et une autre sur le pilier antérieur gauche. Le reste de l'éruption ne s'est pas modifié. L'examen des fosses nasales, du naso-pharynx et de la conjonctive n'y montre aucune trace d'herpès.

13 *mars*. — Quelques groupes de vésicules se sont affaissés ; d'autres se sont rompus et laissent voir, notamment au fond des sillons gingivo-labiaux, de petites ulcérations d'apparence sphacélique. On observe à la partie antérieure de la voûte palatine une nouvelle poussée de petites vésicules blanchâtres.

15 *mars*. — De nouvelles vésicules, plus grosses, mieux isolées, sont apparues sur la voûte et sur la partie antérieure du voile du palais. Les picote-

ments et les cuissons ont subi une légère exacerbation. État général nul.

18 *mars*. — Formation d'un nouveau groupe de vésicules très brillantes, disposées en *demi-cercle*, sur la *moitié gauche* de la voûte palatine. Le reste de l'éruption s'est presque entièrement dissipé. L'éruption actuelle est *franchement unilatérale*, et *s'arrête à la ligne médiane*.

22 *mars*. — Le demi-cercle vésiculeux est en voie d'extinction, mais quelques nouveaux éléments isolés viennent de se montrer, toujours sur la *moitié gauche* de la voûte palatine.

27 *mars*. — On constate sur le *pilier gauche* un soulèvement finement papuleux de la muqueuse, mais sans vésiculation à proprement parler : on dirait une éruption avortée.

2 *avril*. — Toute trace d'éruption a disparu. Il ne reste plus que la pharyngite chronique, d'ailleurs préexistante.

4 *juin*. — Le malade vient consulter pour une stomatite diffuse assez intense ; on lui conseille de se passer, autant qu'il est possible, de ses dentiers et de faire de l'antisepsie buccale. D'ailleurs il n'y a pas la moindre récidive de l'éruption antérieure.

En résumé, sans trouble aucun de l'état général, un malade, porteur d'un dentier, qui peut-être a été un point d'appel de la lésion, présente sur toute la paroi supérienre de sa bouche une éruption caractérisée par les éléments typiques du genre herpès. Cette éruption est disposée avec une symétrie parfaite, pour ainsi dire géométrique. En nous appuyant sur la régularité de sa distribution bilatérale, qui suit le trajet des rameaux nerveux, en particulier des nerfs palatins antérieurs, sur son évolution par poussées successives, sur sa durée prolongée qui a dépassé trois semaines et, nous le répétons, sur l'absence de tous phénomènes généraux, nous n'hésitons pas à porter le diagnostic de *zona bucco-pharyngien double symétrique*. D'ailleurs, la dernière poussée, qui s'est faite d'un côté de la bouche, se limitant exactement sur la ligne médiane, vient à l'appui de notre hypothèse : les deux zonas ont été symétriques, mais non synchrones ; le zona gauche a retardé sur celui du côté droit.

Ces zonas se sont cantonnés au territoire de distribntion des branches buccales des nerfs maxillaires supérieurs ; en comparant leur siège à la situation respective des territoires nerveux du palais et de la gorge, régis par le trijumeau, le pneumogastrique et le glosso-pharyngien, on verra que tout le domaine buccal du trijumeau et rien que ce dernier est atteint; aucune vésicule ne s'est égarée ni sur les amygdales qui dépendent surtout de la 9e paire ni sur la paroi postérieure du pharynx tributaire de la 10e.

Les filets nerveux intéressés dans le cas actuel sont :

1° Au niveau du palais : le nerf palatin antérieur, le nerf sphéno-palatin interne ;

2° Au niveau des gencives : les filets alvéolaires du nerf dentaire postérieur ;

3° Au niveau des joues : les rameaux du nerf buccal ;

4° A la partie postérieure de la lèvre supérieure : les rameaux descendants du nerf sous-orbitaire ;

5° Au niveau du voile et de la luette : les nerfs palatins moyens et postérieurs.

Toutefois, il importe de remarquer, à côté de la symétrie des lésions, leur irrégularité par rapport à la distribution de la deuxième branche du trijumeau ; ce ne sont ni les nerfs maxillaires supérieurs dans leur totalité qui ont été atteints, puisque aucun groupe herpétique n'a été observé sur la peau du visage ni sur la muqueuse des faces nasales ; ce ne sont pas non plus les seuls rameaux émanés du ganglion sphéno-

palatin, qui ont été pris, puisque les nerfs dentaires postérieurs, sus-orbitaires, etc., qui innervent le sillon gingivo-labial supérieur viennent directement du tronc nerveux sans passer par ce ganglion.

Le cas dont nous rapportons l'observation est des plus rares ; nos recherches bibliographiques ne nous ont permis de rencontrer qu'un seul cas analogue, antérieurement publié. C'est une observation de Moers [1], parue il y a trente ans. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt et un ans qui, après plusieurs jours de troubles généraux, céphalalgie, courbature, nausées, constipation, offrit une éruption vésiculeuse du type herpès, occupant symétriquement la pointe et les bords de la langue, la voûte palatine, le voile du palais, les gencives, la face interne des joues : il y avait en même temps quelques vésicules sur le visage. Se fondant sur la marche de la maladie, sur la symétrie des groupes vésiculeux et sur l'aspect caractéristique des éléments, Moers n'hésita pas à conclure à l'existence d'un zona double de la deuxième et de la troisième branche du trijumeau. Remarquons dans cette observation, comme dans la nôtre l'intégrité absolue des amygdales, de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx : c'est là, comme nous allons le voir, un signe de haute importance pour le diagnostic du zona double bucco-pharyngien.

Nous sommes ainsi amenés à traiter une question qui semble n'avoir jamais reçu de solution définitive, celle des rapports de l'angine herpétique avec le zona de la branche moyenne du trijumeau.

Leur identification, mise en avant et longtemps soutenue par Ollivier, reprise en Autriche par Herzog, récemment rééditée chez nous par Pouzin, n'a jamais trouvé grande faveur de la part des cliniciens, bien qu'aucune réfutation définitive ne soit venue l'écarter. En effet, l'herpès de la gorge est étudié d'une façon assez confuse par les auteurs classiques.

Le mot d'*angine herpétique* a été introduit dans la science par Gubler [2] dans le but de préciser l'origine vésiculeuse de l'exudat de l'angine couenneuse commune et d'établir ainsi sa distinction radicale d'avec le muguet, dont cependant Bretonneau l'avait déjà séparée, ainsi que d'avec l'angine diphtérique, confondue avec elle jusque vers le milieu de ce siècle, confusion qui n'était peut-être pas si regrettable que le pensait le médecin de Beaujon, puisqu'en ce moment elle tend à renaître sous les auspices de la bactériologie. Avant lui Trousseau, Lasègue, avaient vu la nature vésiculeuse de l'angine couenneuse commune. Néanmoins Gubler mérite d'être conservé comme parrain de la maladie, car il lui donna l'épithète « herpétique » au sens willanique. Il la considérait comme une espèce nosologique distincte, caractérisée et par l'éruption vésiculeuse et par son étiologie : c'était pour lui la crise d'une fièvre *a frigore*. Peter [3] ajoutait à cette étiologie les irritations locales, l'alimentation épicée, les boissons alcooliques.

Cette étiologie devint classique ; l'angine herpétique partagea avec la pneumonie le privilège d'être le type de la maladie *a frigore*. Cependant quelques cas semblaient relever d'une pathogénie dissidente et faisaient déjà comme l'ébauche de la grande scission que nous devons opérer aujourd'hui dans le groupe de l'angine herpétique. D'une part Gubler [4], observant un malade atteint à la fois d'un zona ophtalmique

---

1. Moers, *Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, p. 162, 1867.
2. Gubler. *Mémoire sur l'herpès guttural*, in *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1857, t. III, p. 86.
3. Peter. Art.: « Angine herpétique », *Dict. Sc. méd.*, Paris, 1864, t. IV, p. 715.
4. Gubler. *Union méd.*, 1858.

et d'un herpès labial, tendait à conclure à l'identité de ces deux affections, et présentait l'origine trophonévrotique de l'herpès pharyngé ; et Lasègue [1] appuyait inconsciemment cette hypothèse en signalant la localisation fréquente des groupes herpétiques à un des côtés de la bouche et du pharynx. D'autre part, Trousseau [2], tout en individualisant l'angine herpétique, ne pouvait s'empêcher de signaler dans son rapport sur les épidémies de 1858 la coïncidence fréquente dans un même milieu des angines couenneuses communes et des angines diphtériques, la gravité de certains herpès du pharynx, la transformation possible de l'angine herpétique en angine diphtérique. Dés l'époque de Gubler, l'étiologie trophonévrotique et la contagion diphtérique commençaient à démembrer l'angine herpétique, non en l'attaquant dans ses symptômes, mais en minant sa pathogénie *a frigore* classiquement admise.

C'est en 1872 que cette dissociation s'affirme nettement dans le premier mémoire d'Ollivier [3], qui, observations en main, soutint qu'un certain nombre d'angines herpétiques — mais non pas toutes les angines herpétiques, comme on le lui fait dire — n'étaient qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau. Cette théorie, qu'Ollivier avait déjà soupçonnée en 1864, sembla lui être confirmée en 1872 par l'observation d'un malade atteint, en même temps que d'un zona ophtalmique droit, d'une éruption herpétique dans la fosse nasale gauche et d'une *hémi-angine herpétique* s'étendant de la face interne de la la joue gauche à la paroi postérieure du pharynx, en couvrant, chemin faisant, voile, piliers et amygdale. « Je pense, disait-il, que bon nombre d'angines herpétiques pourraient bien n'être qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau, car, dans les descriptions, les angines ne siégent que d'un côté... Outre le groupement de vésicules, nous avons encore l'étiologie, l'évolution, la marche et la terminaison de cette affection, qui pourraient nous montrer plus d'un point d'identité entre l'angine herpétique et le zona de la branche moyenne du trijumeau. »

C'était, en somme, étendre une hypothèse jadis émise par Bœrensprung [4] qui, dans l'herpès labial, croyait voir un zona limité aux rameaux périphériques du trijumeau. Gerhardt et Epstein [5] pensaient de même et attribuaient l'herpès des lèvres à une légère compression des branches du trijumeau dans leur canal osseux, par la distension des artères, sous l'influence de la vaso-dilatation produite par la fièvre. Plus tard, en 1884, Ollivier [6] reprend cette théorie et apporte à sa démonstration trois observations nouvelles qui, à mon sens, ne sont rien moins que probantes.

A l'étranger, Herzog [7] fut seul à défendre la théorie si patiemment échaudée par Ollivier ; mais il la compromit par son exclusivisme. Ollivier assimilait au zona certaines formes d'angine herpétique, Herzog généralisa. « L'herpès pharyngé, dit-il, est comme toutes les autres formes d'herpès, d'origine nerveuse. C'est un herpès zoster dans la

1. Lasègue. *Traité des angines*, Paris, 1868.
2. Trousseau. *Rapport sur les épidémies de* 1848, in *Mém. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXIV, p. 31.
3. A. Ollivier. *Quelques réflexions sur la pathogénie de l'angine herpétique à propos d'un cas de zona de la face*, in *Comptes rendus Soc. de Biol.*, 1871.
4. Bærensprung. *Charité Annalen* (1861-1863).
5. *Centralblatt für Chirurgie*, 1867.
6. A. Ollivier. *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique*, in *Union méd.*, 25 octobre 1884.
7. Herzog. *Ueber Herpes des Rachens*, in *Pester med. Presse*, 1888.

zone de distribution du trijumeau. Il naît de l'excitation du ganglion sphéno-palatin de Meckel. » D'ailleurs, l'observation qu'il rapporte à l'appui de sa thèse est un cas des plus nets de zona unilatéral bucco-pharyngien : au bout de deux à huit jours de malaises, éruption herpétique confluente limitée à un seul côté de la gorge, résolution en une semaine.

Plus récemment Pouzin [1], élève de Landrieux, défend de nouveau la théorie d'Ollivier, attribuant à l'angine herpétique une origine nerveuse sans toutefois accepter l'exclusivisme d'Herzog.

Il est évident que la théorie d'Ollivier et d'Herzog n'a pas eu le bénéfice de demeurer inattaquée. Boulland [2] a réuni toutes les objections qui peuvent l'ébranler. Il fait remarquer : 1° que l'angine herpétique récidive, avec une fréquence parfois désespérante chez certains individus et même périodicité, tandis que le zona a pour caractère majeur d'être un récidivant. Or, ce fait que l'immunité s'acquiert dans un cas, et que dans l'autre au contraire la prédisposition pharyngienne semble s'accroître est un caractère nosologique qui a une haute valeur de différenciation ; 2° que l'angine herpétique est très rarement unilatérale. Or, sur une exception clinique on ne peut fonder une assimilation qui s'applique à tous les cas ; si rares même sont les cas où l'angine herpétique s'unilatéralise nettement dans la gorge, que généralement les auteurs qui observent des cas de ce genre les font connaître. Or, combien peu ont été publiés !

Cependant, ceux qui ont attaqué la théorie d'Ollivier n'ont pu la réfuter qu'en lui prêtant une généralisation absolue qui n'était jamais entrée dans l'idée de son auteur. A la question qu'ils affectèrent de poser ainsi : « L'angine herpétique n'est-elle qu'un zona du pharynx ? » ils trouvèrent force arguments pour répondre : « Non, l'angine herpétique n'est pas un zona partiel du trijumeau ». Mais si nous n'altérons pas le texte d'Ollivier et que, comme lui, nous nous demandions si certaines angines herpétiques ne sont pas de nature zostérienne, alors nous nous verrons obligés, par l'observation des faits cliniques nets, de répondre affirmativement.

Seulement, une grande confusion est née en l'espèce, par suite du tort qu'on a eu de s'écarter de la définition précise donnée par Gubler, laquelle exige la présence de la vésicule et de ses dérivés, pour caractériser une angine herpétique. Nombre de médecins simplistes se tirent d'un diagnostic embarrassant en baptisant angine herpétique toute amygdalite aiguë à points blancs, et même certaines angines pseudo-membraneuses dont la nature diphtérique ne s'affirme pas à leurs yeux par les vieux caractères cliniques ; pour beaucoup d'entre eux, à peu près toutes les angines aiguës *a frigore* sont herpétiques.

Or, avant de discuter le bien fondé de la théorie d'Ollivier, il faut opérer un sérieux élagage du groupe de l'angine herpétique, qui devient ainsi par trop touffu. Il en faut retrancher :

1° L'*amygdalite lacunaire aiguë*, appelée encore folliculaire ou mieux cryptique, c'est-à-dire la vulgaire angine à points blancs, celle qu'engendre le plus souvent le coup de froid, surtout chez les porteurs de grosses amygdales.

Bien qu'elle puisse être fonction des mêmes microbes que ceux qui font naître l'angine herpétique ; que, dans ses produits d'exsudation et

1. Pouzin. *De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien*. Thèse doct., Paris, 1890.

2. Boulland. *Du zona bilatéral*. Thèse doct., Paris, 1888.

même dans le parenchyme tonsillaire, on puisse trouver des microorganismes variés suivant les cas, pneumocoques, staphylocoques, bacilles de Lœffler, et surtout, en tête comme fréquence, des streptocoques, cependant elle se distingue absolument de l'angine herpétique par l'absence de vésiculation à toute période de la maladie ; les points blancs ne sont pas des exsudats succédant à des vésicules rompues, mais ce sont des produits de desquamation cryptique intensive, masses molles, pseudo-caséeuses, sortant par l'orifice des lacunes amygdaliennes comme poussées par une sorte de vis à tergo. Jamais ces points blancs n'apparaissent là où il n'y a pas d'orifice cryptique ; jamais au-dessous d'eux la muqueuse ne montre d'excoriations à bords festonnés ;

2° Le *pseudo-herpès pharyngo-laryngé*, forme rare décrite par Fischer [1]. Pour l'auteur allemand, cette angine, comme lésions élémentaires, ressemblerait tout à fait à l'herpès vrai, mais elle s'en distinguerait par sa diffusion et son siège : les vésicules se localiseraient surtout aux régions riches en glandes, tandis que l'herpès vrai du pharynx, auquel Fischer reconnaît le plus souvent une origine névropathique, est, à son dire, unilatéral. Aucun travail ultérieur n'a confirmé ces vues plutôt hypothétiques ;

3° *L'ulcère bénin de la gorge de Heryng*, qui simule une grosse vésicule d'herpès affaissé, mais qui se caractérise par son siège constant au niveau du pied de la face antérieure du pilier antérieur : angine plutôt bulleuse, que sa symétrie et son indolence distinguent d'ailleurs assez nettement ;

4° Les poussées aiguës au cours de la *pharyngomycose leptothryxique*. Chez les porteurs de cette affection assez fréquente et presque toujours méconnue, que les travaux de B. Frænkel ont depuis 1873 fait entrer dans les cadres nosologiques, les irritations habituelles, fumée, tabac, etc., provoquent une légère angine érythémateuse qui attire l'attention du médecin sur la gorge peut-être pour la première fois. L'aspect inusité de cette région ne manque pas de provoquer le diagnostic d'angine herpétique ; cependant les points blancs ne ressemblent en rien à des vésicules rompues ; ils sont d'un blanc éclatant, saillant hors les cryptes et uniquement hors d'elles, en formant de petites saillies de consistance cornée ; ils s'y enracinent si énergiquement qu'il faut isolément les arracher à la pince avec effort pour les en retirer ; et au microscope on les voit formés d'un feutrage caractéristique de filaments de leptothrix, mêlés d'épithélium corné. D'ailleurs les renseignements donnés par le malade et l'observation du cours de la maladie ne tardent pas à ramener le diagnostic qui avait pu s'égarer vers une angine herpétique, en montrant l'immuabilité de ces points blancs pendant des mois et même des années ;

5° Et, avec les mêmes signes différentiels, les poussées aiguës qui peuvent traverser le cours des *angines chroniques coli-bacillaires*, telles qu'il y a deux ans, avec Barbier et Helme, j'en ai rapporté un cas à cette Société.

Après avoir ainsi mis de côté plusieurs sortes d'angines aiguës à points blancs, qui ne peuvent en réalité paraître relever de l'herpès qu'à un diagnostic trop hâtif, nous nous trouvons en présence d'un groupe bien défini, répondant à l'angine herpétique de Gubler : c'est le véritable herpès du pharynx, pour la constitution duquel il faut et il suffit qu'il se produise des vésicules d'herpès dans la gorge.

---

1. Fr. Fischer. *Ueber Pseudoherpes des Pharynx und Larynx*, in *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 50, p. 798, 1884.

Mais, ainsi limité, ce groupe manque encore d'unité. C'est pour avoir identifié à tort ces deux termes : herpès du pharynx et angine herpétique, qu'on n'a pas pu s'entendre sur le rôle que jouent les troubles trophonévrotiques dans la formation des vésicules gutturales. En réalité il n'y a pas une, mais plusieurs formes d'herpès pharyngé vrai. On peut provisoirement, de par la clinique, en établir au moins trois, bien que les classifications récentes de M. Schmidt [1], de Mac Bride [2] et de Lublinski [3] n'en reconnaissent que deux. Ce sont :

1° La *forme infectieuse*, aiguë, qui correspond à l'angine herpétique classique, avec ses allures violentes tumultueuses et la diffusion de l'éruption vésiculeuse à toute la gorge, sans ordre apparent ;

2° La *forme trophonévrotique*, qui serait le zona du pharynx, avec une marche moins rapide, une réaction beaucoup plus modérée de l'organisme et la limitation presque toujours unilatérale de l'herpès, obéissant, à une distribution nerveuse déterminée ;

3° Enfin une *forme chronique*, récidivante, peut-être zostériforme, à cause du siège constant qu'affecte chacune de ses poussées chez le même individu ; très différente de l'angine herpétique infectieuse, par son absence de réaction et son cantonnement à un territoire défini, très distincte aussi du zona par ce caractère primordial qu'elle possède d'être un herpès récidivant.

Or, si la pathogénie de ces trois formes est encore obscure à ce point qu'on ne peut pas, par elle, les distinguer, au contraire chacune d'elles possède des caractères cliniques précis qui la font reconnaître presque à coup sûr.

1° L'*angine herpétique* vraie a des symptômes trop connus pour qu'il soit utile de les rappeler. Avant tout, le coup de froid semble être son grand facteur, la produisant en moins de quarante-huit heures. Cependant, la maladie est nettement infectieuse, et le refroidissement semble ne faire qu'affaiblir la résistance de la gorge dans son ensemble, vis-à-vis des microbes hôtes habituellement inoffensifs de la cavité buccale. Mais une telle pathogénie est trop exclusive, et comme l'angine herpétique est contagieuse et que souvent elle procède par petites épidémies, force est d'admettre qu'elle ne résulte pas seulement d'une auto-infection buccale, mais qu'elle peut naître d'un apport de germes pathogènes venus de l'extérieur. Seulement, malgré la netteté de ses caractères cliniques, l'angine herpétique n'est pas plus que les angines érythémateuses ou pseudo-membraneuses une affection spécifique : ce n'est qu'un mode de réaction à la gorge contre divers microbes.

Ici, comme dans les autres formes d'angines, les streptocoques se rencontrent avec une grande fréquence. D'autre part Girode [4] a trouvé le staphylocoque blanc dans le liquide vésiculeux de la plupart des malades atteints d'herpès labial et buccal. Ailleurs, c'est le pneumocoque qui est en cause : ainsi dans le cas rappelé par Rendu et Boulloche [5] ; ainsi encore dans un fait de Netter. Dieulafoy [6] a rapporté à l'Académie de médecine quatre cas d'origine herpétique, typique chez lesquels l'examen bactériologique montra qu'il s'agissait d'angine diphtérique pure. D'autres observations de Kelsch, d'Huchard, de Martin,

1. M. Schmidt, *Krankheiten der oberen Luftwege*. Berlin 1894.
2. P. Mac Bride. *Herpes zoster of the palate*, in *The Edinburgh clin. and path. Journ.*, 21 juin 1884.
3. Lublinski. *Soc. laryngol. de Berlin*, 31 octobre 1890.
4. Cité par Ruautin, *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, t. III, p. 92.
5. Rendu et Boulloche, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 231.
6. Dieulafoy. *Acad. de méd.* Séances du 11 juin et du 2 juillet 1895.

de Gouguenheim, sont venues confirmer ce fait que l'angine herpétique peut être fonction du bacille de Lœffler.

Une telle étiologie, qui renverse la spécificité de l'angine herpétique, pour y substituer un groupe artificiel d'angines infectieuses, à microbes divers, n'est guère en faveur de l'assimilation de cette affection avec un type positivement bien défini, tel que le zona.

Cliniquement, d'ailleurs, cette forme d'angine herpétique vraie procède avec des allures distinctes de celle que nous voyons en général sous ce nom. Comme caractères différentiels, nous lui reconnaissons : 1° son début brusque, solennel (Lasègue), avec une céphalalgie atroce qui, pendant la première heure, détourne l'attention de la gorge ; 2° ses allures tumultueuses, mais sa durée courte, qui se juge en quatre ou cinq jours; 3° ses récidives fréquentes ; 4° la diffusion des vésicules qui, alors même que dans certains cas elles ont une tendance à s'unitéraliser, se disséminent dans toute la gorge, parfois même gagnant le pharynx nasal et le vestibule du larynx ; très souvent l'herpès labial accompagne les manifestations pharyngiennes ; parfois même les vésicules s'étendent plus loin; il peut y avoir en même temps de l'herpès vulvaire ou préputial ; on a même pu, en pareil cas, décrire une fièvre herpétique, toutes choses qui nous entraînent bien loin du zona bucco-pharyngien.

Ce caractère de distribution topographique est celui qui nous paraît le mieux conclure à la séparation du zona bucco-pharyngien d'avec l'angine herpétique vraie. Tout d'abord, l'éruption est communément bilatérale dans l'angine herpétique, et unilatérale dans le zona de la gorge ; ceux qui veulent à toute force assimiler ces deux entités morbides insistent avec complaisance sur les cas rares où l'angine herpétique est limitée à un côté, et en même temps exagèrent la possibilité qu'a le zona d'être double ; ils arrivent ainsi à la démonstration cherchée en ne s'appuyant que sur des exceptions ; leurs conclusions seraient diamétralement opposées s'ils ne considéraient que les cas usuels. D'autre part, tandis que le zona affecte le territoire de distribution d'une branche nerveuse, les vésicules de l'angine herpétique se localisent ordinairement au pharynx buccal ; elles enjambent, sans ordre, les frontières des territoires contigus du trijumeau, du glosso-pharyngien, du pneumogastrique, sans parler des vésicules aberrantes, qui s'égarent sur les lèvres. Il est facile de s'en convaincre en comparant la distribution ordinaire des vésicules de l'angine herpétique sur les piliers, la luette, la base de la langue, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, avec la répartition des territoires nerveux dans la gorge. Aucune superposition n'est possible, tandis qu'au contaire, la topographie d'un zona bucco-pharyngien double, observé chez notre malade, concorde absolument avec la distribution de la deuxième branche du trijumeau sur la voûte et le voile.

Il y a plus encore. Les amygdales sont presque toujours le foyer maximum, parfois unique, de l'angine herpétique, à ce point que Lasègue voulait refuser l'étiquette d'herpétique aux groupes vésiculeux qui, épargnant les tonsilles, se rassemblent uniquement sur le voile ou les piliers. Or justement, de toute la muqueuse bucco-pharyngienne, la surface amygdalienne est le seul département qui ne relève pas en propre du domaine d'un nerf sensitif ; l'amygdale est un carrefour nerveux, où viennent se perdre les ramifications terminales des 5e, 9e et 10e paires craniennes. Comment s'expliquer que l'herpès pharyngé occupe avec prédilection ce point, s'il est vrai qu'il soit toujours d'origine zostérienne ? Tandis que s'il est simplement fonction d'une infection buc-

cale, rien de plus simple que de comprendre pourquoi le maximum des lésions est au niveau de l'amygdale qui est par sa structure, de toute la gorge, le point le plus facile à infecter, en même temps que, par ses fonctions, celui qui porte au maximum les réactions de défenses qui engendrent les lésions anatomiques.

Cette discussion ne tend pas à nier le zona de la gorge, tel que nous allons le voir se constituer dans un instant; elle combat seulement l'absolutisme d'Herzog, tandis qu'elle laisse subsister la doctrine d'Ollivier. Et cependant, fait curieux, les cas sur lesquels Ollivier s'est appuyé pour démontrer l'existence réelle d'un zona du pharynx n'ont aucun caractère zostérien et relèvent nettement de notre première forme d'herpès du pharynx, l'angine herpétique infectieuse. Souvent des hypothèses fausses mènent à la vérité. Dans ces observations, en effet, nous voyons le début brutal, la fièvre intense, la bilatéralité et l'inégalité de distribution des vésicules qui sont le fait de l'angine herpétique; en même temps, il y a coïncidence d'herpès sur d'autres points du corps.

Cependant, à cette argumentation qui nie la nature zostérienne de l'éruption de l'angine herpétique à cause de sa non-limitation à un territoire nerveux de la gorge, on peut opposer deux objections.

Ollivier avait formulé la première. Pour accorder avec sa théorie cette multiplicité de territoires nerveux, simultanément atteints dans la gorge, il avait d'abord pensé à admettre la coexistence de plusieurs zonas indépendants; mais ayant de lui-même reconnu l'inconvénient d'appuyer sa théorie sur une circonstance à la vérité possible, mais cependant exceptionnelle, attendu « qu'il est dangereux en clinique d'aller chercher dans les raretés l'explication de faits vulgaires », il fait une autre supposition, admet l'existence de rameaux anastomotiques, entre la deuxième branche du trijumeau et le glosso-pharyngien, et explique ainsi le zona diffus à ces deux nerfs. Malheureusement aucun anatomiste n'a encore décrit une telle anastomose, qui devrait être très importante puisqu'elle commanderait presque fatalement la subordination de deux nerfs voisins à une même influence morbide.

Une seconde objection, plus importante, peut être tirée des recherches de M. Brissaud [1], qui refuse la raison topographique du zona à la localisation distributive de tel ou tel nerf, pour le reporter aux liens embryologiques qui rattachent à un même segment métamérique de l'axe cérébro-spinal une zone correspondante du tégument externe ou interne. Dès lors il n'y a plus de raison pour nier que l'angine herpétique puisse être un zona double bucco-pharyngien, puisqu'il n'y a plus à tenir compte de la superposition des groupements vésiculeux aux limites des départements nerveux de la gorge. Seulement, il faudrait dans ce cas admettre que l'angine herpétique traduit la souffrance des métamères bulbo-protubérantiels, ce qui ne cadre guère avec sa bénignité habituelle, souffrance qui devrait exprimer une lésion durable dans le cas, sans gravité cependant, de l'herpès pharyngé récidivé pendant toute la vie. « La plupart des zonas céphaliques, dit Brissaud, sont symptomatiques d'une affection encéphalique appelée à se manifester ultérieurement par des troubles beaucoup plus graves ; parmi ces dernières, figure l'hémiplégie pédonculaire. » Or, un grand nombre de gens ont eu des angines herpétiques, chez qui, dans la suite, aucun autre signe d'affection encéphalique grave ne s'est manifesté. Du reste, cette objec-

---

1. Voir Dongradi. *Considérations sur la topographie du zona.* Thèse doctorat, Paris, 1896.

tion ferait dévier la discussion de son point de départ. Ce qu'ont dit Ollivier et Herzog, c'est que l'angine herpétique est souvent pour l'un, toujours pour l'autre, un zona de la deuxième branche du trijumeau. Or, quand on voit avec quelle régularité le zona ophtalmique obéit à la distribution du nerf de Willis, et avec quelle fidélité il observe son unilatéralisation, on est en droit d'exiger les mêmes caractères du zona du maxillaire supérieur. Ils manquent cependant dans l'angine herpétique.

2° Mais à côté de l'angine herpétique, qui est une infection pharyngée, il existe incontestablement une deuxième forme d'herpès du pharynx qui mérite le nom de *zona du pharynx* ou plutôt de *zona bucco-pharyngien*; or, des trois nerfs qui apportent à la gorge son innervation sensitive, c'est la deuxième branche du trijumeau qui est toujours atteinte.

Cette forme doit être soigneusement distinguée de l'angine herpétique.

Au point de vue étiologique, la distinction en demeure obscure : c'est le plus souvent le froid ou une irritation locale telle que le tabac, l'alcool, les mets épicés, ou encore une infection non spécifique qu'on relève dans les commémoratifs des malades qui portent cette lésion. Toujours est-il qu'il semble bien que l'éruption soit d'ordre tropho-névrotique, sans qu'on puisse limiter la lésion qui la provoque, au ganglion sphéno-palatin ; dans plus d'un cas, dans le nôtre en particulier, les vésicules s'étendent aux territoires de la muqueuse innervés par des branches du nerf maxillaire supérieur, qui ne passent pas par le ganglion de Meckel. Du reste, aucune autopsie ne permet encore de dire si, dans ces cas, il s'agit d'une névrite ou d'une lésion centrale.

Mais cliniquement, entre l'angine herpétique et le zona bucco-pharyngien il y a des signes différentiels.

En premier lieu, leur siège. Car tandis que l'angine herpétique est généralement étendue aux deux côtés de la gorge, le zona bucco-pharyngien demeure unilatéral. A vrai dire, ce n'est pas là une règle absolue, puisque nous savons que l'angine herpétique se limite parfois à une amygdale, et que d'autre part le zona peut être double, ce dernier cas étant exceptionnel, puisqu'il n'existe que deux faits publiés, y compris le nôtre. D'ailleurs, même s'il est bilatéral, le zona bucco-pharyngien est facile à distinguer de l'angine herpétique par son mode de distribution.

C'est qu'en effet le zona bucco pharyngien a pour limites les limites même du territoire innervé par la branche moyenne du trijumeau (Il y a bien également un zona qui relève de sa troisième branche, mais c'est surtout un zona gingivo-lingual, qui respecte le pharynx et qui, par conséquent, ne nous intéresse pas dans l'espèce). Presque jamais il ne s'accompagne d'une éruption dans le domaine cutané du maxillaire supérieur. Sous sa forme complète (cas de Kahn[1], de Mac Bride[2], cas personnel) il occupe une moitié de la voûte palatine de la face antérieure du voile du palais et de la luette, nettement limitée en arrière par l'arc du glosso-staphylin ; du côté externe, il s'étend aux gencives, remonte dans le sillon gingivo-labial supérieur, et déborde sur la face interne de la moitié supérieure de la joue. Mais souvent, comme le zona du tronc, il peut n'être représenté que par un ou deux groupes vésiculeux ; dans ce cas, le siège de prédilection de la lésion est le pilier antérieur, au voisinage de la luette ou plus bas, près de son insertion à la langue. Cette forme abortive, accompa-

1. Kahn. *Internat. klin. Rundschau*, n° 16, 1890.
2. Mac Bride. *The Edinb. clin. and pathol. Journal*, 21 juin 1884.

gnée de peu de symptômes réactionnels, n'est pas rare et peut être aisément confondue avec des aphtes ou avec l'ulcère bénin de Herzog; en tout cas, elle s'éloigne de plus en plus de l'aspect clinique de l'angine herpétique.

En second lieu, l'évolution du zona bucco-pharyngien est différente de celle de l'angine herpétique; les accidents n'ont pas le début brusque, violent, de l'angine herpétique avec sa céphalalgie, son frisson, son hyperthermie; ils s'établissent insidieusement, sans fracas, avec un peu de malaise, de courbature; la fièvre est légère et dure peu. La douleur de gorge s'affirme dès le début; elle peut être très vive (telle celle d'une névralgie intense) ou se borner à une sensation de chaleur; mais et ceci est un caractère important, dès qu'apparaissent les vésicules, elles disparait, ou diminue considérablement pour ne plus être que la légère sensation de cuisson que causent les érosions au contact des aliments. Dans l'angine herpétique, au contraire, la douleur est si faible au début que souvent elle s'efface devant l'intensité de la céphalalgie; puis, elle s'accroît pour atteindre son acmé, en même temps que les lésions de la gorge s'accentuent.

Le zona bucco-pharyngien a une durée plus longue que l'angine herpétique, et une évolution plutôt subaiguë; il n'est pas rare qu'il procède par poussées successives; ainsi, sa durée peut s'étendre à deux et même trois semaines.

Enfin, le zona du pharynx ne récidiverait pas. Cependant, ce caractère, essentiellement scholastique, est de faible ressource pour aider le diagnostic, car justement, nous allons avoir à distinguer de l'angine herpétique une troisième forme d'herpès du pharynx caractérisée par ses tendances récidivantes.

3° Une troisième forme d'herpès du pharynx, forme chronique des auteurs allemands, diffère totalement des deux précédentes. C'est un véritable *herpès récidivant*, analogue à l'herpès génital, avec lequel il coïncide souvent, de même que fréquemment il s'associe à l'herpès labial. Ce caractère de récidive, souvent périodique, suffit à le faire reconnaître. Sa forme la plus commune est l'herpès guttural menstruel, bien qu'il ne soit pas exact de dire qu'il est le privilège de la femme; on peut l'observer chez l'homme, surtout chez les vieux syphilitiques, antérieurement affectés de plaques muqueuses de la bouche et du pharynx. Chez eux, c'est une excitation légère, tabac, alcool, qui le ramène; chez les femmes, il peut encore spontanément se produire à chaque période des règles, commençant parfois dès le début de la vie génitale, ou plutôt à l'occasion de quelque accident qui la trouble, et ne cessant qu'à la ménopause; tenace au point qu'un traitement chirurgical de la gorge ne le fait pas disparaître. Affection en somme bénigne, mais incurable.

Les poussées se font presque sans réaction générale, à froid. Localement, la douleur à la déglutition est très vive, et les groupes vésiculeux mettent, en moyenne, huit ou dix jours à s'effacer.

Quelle est la nature de cet herpès récidivant du pharynx? Schmidt, Moure inclinent à y voir l'expression d'une infection buccale atténuée et persistante; cette théorie s'accorde bien avec ce que nous savons de l'évolution des angines menstruelles: à chaque période cataméniale se produit normalement une poussée congestive du côté des voies aériennes supérieures; il en résulte pour la gorge une infériorité de résistance momentanée qui permettrait aux germes contenus dans la bouche de pénétrer dans la muqueuse. Cependant la plupart des auteurs, parmi lesquels Flatau, Lublinski, aiment mieux considérer cette forme comme

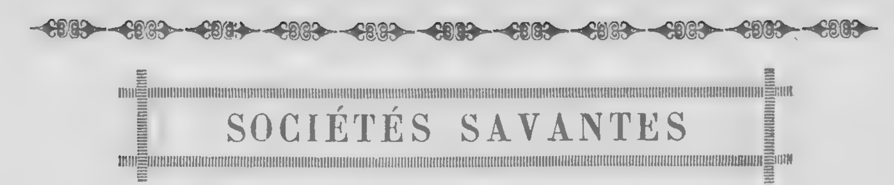
un herpès névropathique, une éruption zostériforme, en rapport avec une lésion nerveuse durable de la périphérie ou des centres; et, à l'appui de leur dire, ils font remarquer que les sujets atteints de ces éruptions récidivantes circonscrivent, en général, leur éruption à une petite zone, voile, luette, piliers, épiglotte même, mais presque toujours la fixent à une même place qui demeure invariable la vie durant.

TABLEAU DES PRINCIPAUX SIGNES QUI PERMETTENT LE DIAGNOSTIC DE CES TROIS FORMES D'HERPÈS DU PHARYNX.

| ANGINE HERPÉTIQUE | ZONA PHARYNGIEN | HERPÈS PHARYNGÉ RÉCIDIVANT |
|---|---|---|
| Début brusque par céphalalgie, frissons, phénomènes généraux intenses. | Début insidieux. Très peu de phénomènes généraux. | Phénomènes généraux manquent le plus souvent. |
| Douleur de gorge va en croissant; peu marquée au début, elle devient intense au moment de l'éruption gutturale et dure jusqu'à la fin. | Douleur de gorge moindre : assez vive au début, va en décroissant et disparaît presque, quand l'éruption gutturale paraît. | Douleur très légère : cuisson souvent insignifiante. |
| Éruption bilatérale. | Éruption unilatérale. | Éruption très restreinte, souvent localisée à un siège constant à chaque récidive. |
| Surtout tonsillaire : frappe en même temps le pharynx, le larynx, les lèvres. | Limité à un territoire nerveux, le plus souvent de la 2e branche du trijumeau ; atteint le palais, le voile, les gencives, les joues ; respecte l'amygdale et le pharynx. | Siège quelconque : souvent au niveau du pilier antérieur. |
| Durée courte : quatre à six jours, marche aiguë. | Durée plus longue : quinze à vingt jours, marche subaiguë. | Durée : huit à dix jours. |
| Récidive souvent. | Ne récidiverait jamais. | Récidive toujours, souvent périodiquement. |

Nous résumons dans le tableau ci-dessus les principaux signes qui permettent le diagnostic de ces trois formes d'herpès du pharynx.

(*Soc. méd. des Hopitaux*, 12 février 1897, in *Bul. et Mém. Soc. méd. des Hop.*)



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

### RECHERCHE DU PLOMB DANS LES GLANDES SALIVAIRES, AU COURS DE L'INTOXICATION SATURNINE AIGUE EXPÉRIMENTALE,

Par M. Rénon.

(*Travail du laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*)

Au cours d'expériences sur l'intoxication saturnine aiguë, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher le plomb dans les glandes salivaires des animaux après la mort.

Nos recherches ont porté sur dix cobayes que nous avons intoxiqués à l'aide de fortes doses de céruse ou de minium mélangées à leurs aliments (1 gr. 50 de céruse ou de minium mis chaque jour dans une cage contenant deux animaux); l'expérience s'est poursuivie pendant neuf jours, et tous les animaux ont succombé en neuf à dix-sept jours, avec des mouvements convulsifs, après avoir maigri de 50 à 210 grammes.

A l'autopsie, nous avons recueilli en bloc les glandes salivaires de chaque animal et nous les avons traitées par le procédé employé couramment dans la recherche du plomb. Nous les avons calcinées, après les avoir broyées et les avoir laissées séjourner longtemps dans l'acide nitrique : le résidu était repris par l'eau distillée acidulée d'acide azotique ; après filtration, nous avons essayé la réaction du sulfure de plomb, en ajoutant du sulfhydrate d'ammoniaque. Le précipité ainsi formé, lavé, séché, était dissous dans l'acide nitrique, puis chauffé et filtré, et donnait, après addition d'eau distillée, la réaction de l'iodure de plomb, en présence de l'iodure de potassium. En opérant dans ces conditions, nous avons pu déceler deux fois la présence du plomb dans les glandes salivaires de deux cobayes intoxiqués par la céruse et qui avaient succombé, l'un en douze jours, après avoir perdu 65 grammes, l'autre en neuf jours, après avoir perdu 80 grammes : les traces de plomb étaient très minimes, et indosables. Les reins de tous les animaux en expérience contenaient du plomb, et nous en avons aussi constaté dans le foie, mais moins souvent, résultat conforme à ceux rapportés par les divers auteurs qui se sont occupés de la néphrite saturnine expérimentale : Ollivier, Charcot et Gombault, Prévost et Binet, Paviot.

Ellenberger et Hofmeister avaient déjà noté la présence du plomb dans les glandes salivaires des moutons intoxiqués par injections sous-cutanées d'acétate de plomb ; nos recherches, poursuivies sur des animaux différents, ayant reçu par la voie stomacale un autre sel de plomb, confirment pleinement leurs résultats. Nous avons cru devoir insister sur tous ces faits, en raison du rôle

que l'on tend à faire jouer au plomb dans la pathogénie de certaines parotidites de l'homme. L'existence de la parotidite saturnine, soutenue par Comby, Parisot et Valence, Thielemans, Achard, Croutes, etc., paraissait déjà avoir reçu un sérieux appui par la découverte du plomb dans la salive de quelques saturnins par Pouchet et par Spillmann; les expériences que nous rapportons plaident encore plus en sa faveur et mettent en valeur l'hypothèse de Claisse et Dupré sur l'action toxique du plomb comme *primum movens* de certaines infections salivaires.

---

# TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

**(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897).**

## BANQUET

Le 30 octobre, MM. les membres du Congrès national dentaire se réunissaient en un banquet dans les salons du Grand-Véfour, au Palais-Royal. La salle, superbement décorée, présentait un aspect magnifique. L'animation et la gaîté la plus vive n'ont pas manqué pendant toute la durée du repas ; mais la fête empruntait surtout son charme à la cordialité sincère qui n'a cessé de régner : on sentait bien que les anciennes divisions s'étaient effacées, et que toutes les parties s'étaient fondues dans une même pensée de concorde et de fraternité, et dans un même but de travail et de progrès. C'est aussi ce qui résulte des discours qui ont été prononcés au champagne.

D'abord M. Rosenthal ouvre la série des toasts.

« Messieurs,

» S'il est un privilège qui me soit particulièrement agréable, c'est certainement celui qui me permet de lever mon verre le premier, pour boire à votre santé.

» L'amitié qui nous unit nous a permis de triompher de bien des difficultés. Nous formons aujourd'hui une association puissante qui assure le succès de l'œuvre que nous avons entreprise. Nous devons être fiers, mes chers collègues, de ces résultats ; ils nous montrent combien sera abondante la moisson de l'avenir.

» Messieurs, il y a bientôt trente ans, se formait l'Association pour l'Avancement des Sciences ; elle se réunissait, comme nous, à Paris. Ses débuts, comme les nôtres, furent modestes. Le président, avec la conviction ardente qui l'animait, buvait, alors, à la réussite de la nouvelle association. Comme lui, je bois au développement de notre Association odontologique, afin qu'elle devienne ce que nous avons rêvé. Comme lui, je bois à la Ville de Paris, qui nous a offert une hospitalité si généreuse, si conforme à ses traditions. Je suis convaincu que notre Association deviendra, comme son aînée, un groupement scientifique plein de vie et

d'avenir et qu'elle fixera définitivement l'art dentaire dans la voie où il doit se maintenir.

» Je lève aussi mon verre en l'honneur de nos collègues étrangers qui, chaque jour, font, chez eux, connaître et aimer la France. Cœurs chauds, esprits ouverts à toutes les initiatives, reconnaissant les supériorités et sachant, au besoin, s'effacer devant elles, ils ont voulu nous donner une preuve d'estime et de sympathie.

» Je lève aussi mon verre en l'honneur des deux Ecoles, autrefois rivales, aujourd'hui sœurs.

» Je bois enfin à M. Brouardel, l'éminent savant qui a bien voulu nous prêter le concours de sa haute autorité scientifique. Je salue, en lui, la science unie au dévouement.

» Messieurs, levons nos verres, et portons la santé de notre Président d'honneur. »

Ensuite M. Brouardel s'est levé et a prononcé une allocution dont la verve et l'esprit ont été vivement goûtés par l'assistance. L'orateur a été fréquemment interrompu par les applaudissements. Ce fut un véritable triomphe qui souligna ses dernières paroles.

Nous regrettons vivement de ne pas publier dans son entier le toast de l'éminent Doyen de la Faculté de Médecine, mais nous n'avons malheureusement pas pu nous en procurer le texte.

M. Papot a prononcé le toast suivant :

« Messieurs,

» Je ne veux pas vous entretenir des résultats heureux de ce Congrès ; je me borne, au nom de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société d'Odontologie de Paris, deux des branches du groupement le plus important des dentistes français, à vous demander la permission de formuler un vœu.

» Notre Société, déjà vieille de dix-huit années, reçoit dans son sein tous les dentistes exerçant honorablement leur profession ; qu'ils soient diplômés de la Faculté ou qu'ils exercent en vertu des dispositions transitoires, tous sont égaux chez nous.

» Les travailleurs, les hommes de bonne volonté, ceux qui ont blanchi sous le harnais et qui possèdent une indiscutable expérience, aussi bien que ceux qui ont pu acquérir le diplôme légal, sont dignes les uns et les autres de toute notre sympathie.

» J'exprime donc bien sincèrement le vœu que le respect des situations laborieusement acquises ne soit amoindri par personne.

» En buvant à tous les chirurgiens-dentistes, Messieurs, je bois à la tolérance, à la bonne confraternité, à l'union. »

M. Queudot s'est alors exprimé en ces termes :

« Messieurs et chers confrères,

» Il y a trois mois à peine, Ecoles, Sociétés, Syndicats, recevaient du Bureau central préposé à l'organisation de nos Congrès d'odontologie une invitation pressante à donner leur adhésion au congrès qui se termine ce soir par de si joyeuses agapes.

» Notre groupe, représenté par une délégation, s'est mis aussitôt en rapport avec les membres du Bureau Central.

» L'accueil que nous avons reçu de nos confrères a été empreint d'une cordialité si franche, les raisons qu'ils ont invoquées en faveur d'un congrès parisien nous ont été exprimées avec une chaleur si convaincante, que nous n'avons pu résister au double assaut de leur éloquence persuasive et de leur exquise courtoisie. Il faut ajouter, pour être juste, que nos confrères avaient choisi très habilement leur terrain et pris position pour assurer leur victoire :

Ils nous avaient convoqué chez notre très sympathique doyen, M. Lecaudey....

» Je ne veux pas vous dire tous les bienfaits de ce Congrès... ; il en est un, toutefois, que je ne puis passer sous silence : c'est le rapprochement qui s'est fait entre les divers groupes de notre profession.

» Que nos écoles, que nos Sociétés se réunissent avec cette aménité, rien de plus naturel. Elles ont même but et mêmes tendances scientifiques, et nous gardons le doux espoir qu'elles sauront s'inspirer de plus en plus de l'esprit qui les pénètre aujourd'hui et qui est le plus sûr garant de leur alliance définitive. Mais il est ici deux syndicats en présence, deux syndicats partis en guerre l'un contre l'autre.

» Voyez-les :

» Assis côte à côte, croyez-vous qu'ils vont en venir aux mains?..

» Ils se regardent le sourire aux lèvres, et leur coupe est toujours en voyage vers leur sourire...

» Ah ! si la Justice les voyait, — la vraie Justice, j'entends !... comme elle les renverrait dos à dos !

» Alors vous les verriez se retourner pour entrechoquer leurs verres avec plus d'ardeur et plus d'enthousiasme que jamais !.....

» Nous savons tous que le champagne a le don de ces métamorphoses imprévues. Puisse la réconciliation que ce vin si français vient de provoquer sous vos yeux, n'être pas le caprice d'une heure fugitive, mais porter en elle l'espoir de longs lendemains!...

» Je bois, Messieurs, à la réconciliation universelle ! »

M. Godon succède à M. Queudot.

« Après la constation, dit-il, de la bonne harmonie qui a régné dans notre réunion, et du succès du Congrès qui vient de finir, après les toasts qui ont été portés à nos présidents et à tous ceux qui se sont dévoués pour l'organisation de notre œuvre, comme notre ami Papot, permettez-moi, dans le toast que je suis invité à porter, d'évoquer devant vous le souvenir de nos devanciers, les dentistes français nos prédécesseurs.

» J'arrive à l'âge où l'on commence à regarder en arrière et où l'on se souvient. On se souvient que les progrès dont nous profitons ne se sont pas réalisés seuls et que, s'il faut remercier les contemporains pour ce qu'ils nous apportent de nouveau dans nos Congrès, il ne faut pas oublier nos devanciers qui nous ont préparé la voie. Particulièrement en France, il y a lieu de les évoquer, ces

devanciers, afin de reconstituer l'histoire de notre art dentaire national. Trop longtemps on a attribué aux étrangers des découvertes d'origine française. Vous l'avez vu dans une de nos dernières séances, pour la cataphorèse. Ne croyez-vous pas que ces Congrès nationaux sont une excellente occasion pour rendre justice à la mémoire de ces confrères qui ont dû à l'absence de Sociétés, d'écoles et de journaux professionnels, l'oubli dans lequel on a laissé leurs travaux et leurs découvertes? Tous les jours, en feuilletant leurs vieux ouvrages, nous retrouvons la preuve de leur savoir.

» Aussi ai-je pensé qu'à défaut de communications spéciales, il appartient aux présidents de nos Congrès futurs de nous apporter chacun un fragment de notre histoire professionnelle nationale, en faisant revivre devant vous les Fauchard, les Bourdet, les Delécluse, les Dubois de Chemant du siècle dernier, les Taveau, les Maury, les Oudet de ce siècle, de montrer que l'art dentaire français a eu, lui aussi, son époque de renommée et que, s'il a paru subir quelque éclipse, elle a été de courte durée. Aussi, mes chers confrères, je vous demande de lever avec moi vos verres à la reconstitution de notre histoire dentaire française. »

M. Nux prend la parole à son tour.

« Mes chers confrères,

» Après les éloquentes et cordiales allocutions que vous venez d'entendre, il reste peu de chose à dire sur la fête de famille qui nous réunit ce soir.

» Quelque inutile cependant que puisse paraître un nouveau toast, je ne crois pas pouvoir me dérober au devoir de reconnaissance qui m'incombe.

» Laissez-moi donc, mes chers confrères, vous remercier sincèrement de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à la présidence du Bureau provincial ; je m'efforcerai de mériter cette marque d'estime en mettant toujours à votre disposition toute ma bonne volonté, et au service de notre profession toute l'énergie dont je suis capable.

Je suis heureux de constater l'empressement de mes confrères de province à répondre à l'appel qui leur fut adressé de Paris, et cet esprit de concorde et de solidarité qui s'est si nettement affirmé dans nos réunions.

» Nous avons, je crois, le droit de nous féliciter du chemin parcouru, et ceux qui ont assisté à nos discussions si courtoises et si intéressantes n'hésiteront pas à déclarer que nous avons conquis notre place dans la grande famille médicale où nous venons d'entrer.

» Laissez moi vous dire, en terminant, avec quel plaisir je pourrai déclarer à tous ceux de nos amis qui n'ont pu assister à ces séances combien j'ai été touché des marques d'amabilité confraternelle qui m'ont accueilli ici, de cet esprit de concorde et d'union qu'un de nos plus sympathiques confrères et amis a célébré avec autant d'esprit que d'éloquence.

» Je remercie nos confrères qui nous ont si admirablement reçus, et je bois, Messieurs, aux dentistes de Paris et de la province, indissolublement unis dans un large esprit de solidarité professionnelle. »

M. DE MARION s'exprime ainsi :

« Messieurs et chers confrères,

» C'est en ma qualité de Président du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France que j'ai l'honneur de prendre la parole devant vous. J'ai tenu à vous dire quelques mots pour remercier tout particulièrement les premiers organisateurs de cette session du Congrès. Un appel a été adressé par eux à toutes les Sociétés professionnelles, sans tenir compte des nuances qui semblent les diviser. Cet appel a été entendu ; le succès de notre troisième réunion est le résultat de la bonne volonté et de l'union de tous. Ce résultat était à prévoir, Messieurs, car les Congrès sont de puissants stimulants pour le relèvement scientifique et moral de notre profession. Nos réunions ont encore un autre avantage : elles nous permettent de nous connaître et de nous apprécier. Bien des malentendus seront évités dans l'avenir, grâce aux liens d'amitié que nous formerons entre nous en travaillant tous les ans côte à côte pendant quelques jours.

» Messieurs, je bois au grand succès des Congrès dentaires nationaux. »

M. DAMAIN prononce une allocution pleine d'une émotion qui est partagée par la grande majorité de l'assistance. Après avoir salué les congressistes de l'étranger et de la province, il lève son verre en faveur des dentistes lorrains, ses compatriotes.

Après les discours, qui ont été vivement applaudis, MM. les membres du Congrès se sont rendus dans le fumoir, où le café a été servi. Là, les conversations se sont prolongées sur les problèmes les plus élevés de l'art dentaire. MM. Queudot, Brodhurst et Hivert ont adressé de vives félicitations à M. Papot et à M. de Marion, au nom de tous les membres du Congrès, pour l'activité et le dévouement dont ils ont fait preuve durant ce Congrès, activité et dévouement qui surpassent tout éloge.

M. Le Payen, l'un de nos aimables confrères de Nancy, nous a charmés en nous faisant entendre différents morceaux de son répertoire.

Puis MM. les membres se sont séparés, en se donnant rendez-vous au prochain Congrès.

M. LE Dr ROSENTHAL, président du Congrès, a terminé la séance du dimanche matin — la dernière, — par ces paroles :

« Messieurs,

» Le Congrès va prendre fin. Il est digne de ses devanciers. Il

marque une étape nouvelle dans la voie où l'art dentaire est engagé ; il permet d'entrevoir de façon plus claire le but idéal que vous vous étiez proposé. Le Congrès de 1898 vous en rapprochera davantage. Il vous fera apprécier, mieux encore, les avantages de l'union et les bienfaits d'une collaboration continuée. Mon vœu le plus cher est que la communauté des recherches et des bonnes volontés fasse que chacune de vos réunions futures révèle un progrès assuré de la science.

» Messieurs,

» Votre président ne veut pas quitter cette place où vous l'avez appelé, sans vous dire combien il a été sensible aux marques de considération qui lui furent données pendant tout le temps qu'a duré le Congrès. Grâce à la courtoisie qui n'a cessé de régner dans toutes les discussions, vous avez singulièrement facilité ma tâche.

» Le Congrès de 1897 est terminé. » (*Applaudissements.*)

---

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

### I. — De la régénération osseuse sur appareil prothétique interne,

Par M. le Dr Claude Martin, de Lyon.

J'ai commencé, il y a plus de trois ans, une série d'expériences, dans le but d'étudier la régénération des os sur appareil prothétique interne.

Je vous rappellerai que c'est en 1881 que je fis la première tentative de prothèse interne définitive sur un malade du service de Létiévant. Je tentai chez lui la restauration d'une articulation phalangienne. La réunion se fit par première intention, et l'appareil mis en place fut bien toléré. Mais, à la suite d'un traumatisme, il se déplaça complètement et dut être enlevé.

C'est là, à ma connaissance, le premier cas de prothèse interne suivi de succès.

En présence de ce résultat, je me suis décidé à chercher un appareil qui puisse satisfaire aux indications suivantes que je considère comme essentielles : être parfaitement toléré par les tissus, permettre la reconstitution de l'os dans sa forme et ses dimensions primitives. Cette dernière condition est de toute importance et domine à elle seule toute la méthode.

Il me fallait donc réaliser un type d'appareil qui, une fois mis en place, pût remplacer temporairement la portion d'os en tant qu'organe de résistance, pendant la durée de la régénération osseuse, tout en servant à la fois de guide et, en quelque sorte, de moule à l'os de nouvelle formation ; un appareil enfin, qui pût, par la suite, rester définitivement enfoui dans les tissus, sans déterminer, du côté de ceux-ci, aucun phénomène réactionnel.

Abandonnant le premier type d'appareil dont je m'étais servi pour la prothèse immédiate des maxillaires et que Glück et Péan ont utilisé depuis, après quelques tâtonnements j'ai admis pour mes appareils de prothèse interne le type suivant :

Une charpente de fils en platine iridié à direction longitudinale,

reliés entre eux par des traverses de même métal soudées à l'or fin. J'ai obtenu ainsi le maximum de solidité. La forme et le volume de ces appareils représentent, aussi exactement qu'il est possible, ceux de la portion d'os que l'on veut faire régénérer, et doivent être modifiés, dans chaque cas, suivant les dimensions de l'os enlevé.

J'ai, dans mes expériences, fait des essais variés : j'ai expérimenté successivement sur un os formant à lui seul le squelette d'un segment de membre, tel que le fémur et l'humérus ; puis sur des os comme le radius, qui, appartenant à un segment de membre dont le squelette a deux os, ont, de ce fait, une attelle naturelle qui empêche une trop grande mobilisation ; enfin sur une extrémité articulaire.

Dans aucun cas, je n'ai conservé le périoste de la partie enlevée, et j'ai voulu favoriser la production du nouvel os au moyen de la greffe osseuse. A cet effet, j'ai introduit dans les mailles de l'appareil des fragments d'os, recouverts de leur périoste, et, dans quelques cas, je me suis servi, de préférence, de la côte de chien.

Quant à l'appareil lui-même, il était fixé aux extrémités de l'os par des vis en platine.

J'en viens maintenant aux résultats que j'ai obtenus avec ces appareils. Ils peuvent se classer en trois catégories :

Insuccès,

Succès partiels,

Succès complets.

Je n'insisterai pas sur les insuccès : j'en ai eu, certes, un bon nombre, et je les attribue tous à la suppuration précoce de la plaie et aux difficultés d'immobilisation du membre en expérience.

Les insuccès partiels comprennent les cas où j'ai pu obtenir une ébauche de régénération ; mais, dans ces cas, l'appareil s'est déplacé ou fracturé, ou bien l'animal a été sacrifié prématurément ; car, à cette époque, nous n'avions pas encore la radiographie à notre disposition, pour suivre les progrès de l'ossification.

Voici des pièces que j'ai obtenues, à la suite de ces expériences.

Sur celle-ci, l'appareil est brisé, il est vrai, mais vous pouvez voir, à la partie supérieure, les têtes des tiges longitudinales englobées dans de l'os nouveau, et surtout une masse osseuse néoformée complètement confondue avec l'extrémité du fragment, et, dans cette masse, deux conduits correspondant aux deux travées supérieures de l'appareil, qui étaient incluses dans cet os.

Celle-là vous représente une extrémité inférieure du fémur en partie reconstituée. Les mailles de l'appareil sont comblées par une masse dure, de consistance osseuse, mais la radiographie montre qu'elle n'est pas homogène, et on retrouve toute une série d'espaces sombres séparés par des zones claires. Ces ombres représentent les noyaux d'ossification correspondant aux fragments de la greffe. L'animal a, malheureusement, été sacrifié prématurément : c'est la raison pour laquelle l'ossification n'est pas complète.

Mais cette pièce présente un autre fait : une injection artérielle très pénétrante a montré l'existence de vaisseaux qui rampent à la surface de la masse osseuse de nouvelle formation, puis pénètrent à son intérieur, et assurent ainsi la vitalité de celle-ci.

Vous remarquerez aussi que, dans cet appareil, j'ai mis en contact avec les surfaces tibiales des plaques de platine ayant la surface approximative des condyles fémoraux. Il était à craindre, en effet, que la traction musculaire ne fît pénétrer les fils de platine dans les cartilages articulaires du tibia.

Je vous présente, comme succès complet, le chien que voici. Il a été opéré le 24 mars 1896, et a subi la résection de près de 4 centimètres de radius, suivie de l'application d'un de mes appareils de prothèse interne ; vous voyez que les fonctions du membre sont intégralement revenues, puisqu'il peut sauter et courir sans boiter.

La série de radiographies que je vous présente et qui ont été faites à différentes époques montrent les phases du processus de réédification de l'os qui, actuellement, semble terminé.

Ce dernier fait me semble absolument concluant, et démontre qu'on peut compter sur une régénération complète avec parfaite tolérance des tissus.

Il me reste à vous communiquer quelques remarques importantes au sujet de mes appareils de prothèse interne, et sur leur destination exacte.

Il ne faut pas les considérer comme des appareils destinés à suppléer l'os comme organe de résistance ; ce rôle n'est que temporaire, et ne dure que le temps nécessaire à la régénération osseuse. Rien ne peut, en effet, remplacer l'os comme organe de squelette. Mais ces appareils sont cependant définitifs, puisqu'ils restent, plus tard, inclus dans l'os nouveau.

Ils ont d'autres avantages, car ils permettent à l'os de se former, non seulement à sa périphérie, mais dans son intérieur même, de telle sorte que les extrémités osseuses peuvent se souder bout à bout. Par cela même ils dirigent la régénération du nouvel os, et lui imposent la forme qu'ils possèdent eux-mêmes.

Ils ne forment aucun obstacle à la bonne nutrition des parties molles qui leur sont périphériques, et, de ce fait, la vitalité de la greffe se trouve assurée, le mieux possible, d'abord par imbibition, puis par néoformation vasculaire.

Ils empêchent les parties molles périphériques de s'interposer entre les deux fragments osseux, et, par conséquent, s'opposent à la formation des pseudarthroses.

Je dois revenir un peu sur une cause d'échec qui a pour moi une grande importance : je veux parler de la mobilisation de l'appareil. Elle se fait d'autant plus facilement que, toutes les fois qu'un corps étranger non résorbable est fixé à un os et qu'il prend sa part des résistances auxquelles est soumis cet os dans ses mouvements, il finit par provoquer sur tous ses points d'attache une inflammation qui excite d'abord sur ces points un processus ostéogénique, mais qui, par la suite, provoque la résorption des parties osseuses sur lesquelles il est fixé. Les zones claires qui se montrent sur les radiographies au niveau des vis de fixation en sont les preuves.

Aussi ai-je acquis la conviction qu'une prothèse de ce genre incomplètement immobilisée peut durer plus ou moins longtemps, mais que, tant que la régénération osseuse n'est pas terminée, on a des chances de la voir se déplacer ou s'éliminer.

Il faudra donc, autant qu'il est possible, empêcher la mobilisation pendant un certain temps, au moyen d'un appareil contentif appliqué ultérieurement sur le membre.

Mais ces conditions d'immobilisation, qui sont si difficiles à réaliser sur le chien, peuvent facilement s'obtenir chez l'homme, ainsi qu'une asepsie suffisante, et les causes d'échec pourront être aisément évitées en chirurgie humaine.

De l'étude très abrégée des faits expérimentaux que je viens d'exposer je crois pouvoir conclure ce qui suit :

1° Il est possible d'obtenir la régénération complète d'un os, d'une portion de diaphyse ou d'une extrémité articulaire en fournissant comme guide à l'ossification un appareil solide et léger ;

2° Cet appareil doit être formé de tiges de platine iridié réunies entre elles par des traverses de même métal. Il est mis en place au milieu des tissus ou fixé dans l'os au moyen de vis également en platine. Cet appareil doit avoir la forme et le volume de l'os ou de la portion d'os à faire régénérer;

3° Il sert de guide à l'ossification et de moule à la néoformation osseuse qui prend alors la forme et le volume de l'os enlevé ;

4° Il n'est pas destiné à se substituer à l'os en tant qu'organe de squelette. Son rôle n'est que temporaire ; mais lorsque la régénération osseuse est terminée, il reste définitivement inclus dans l'os nouveau où il est admirablement toléré.

5° Il maintient l'écartement des fragments et rétablit la continuité de la colonne osseuse. Il s'oppose à l'interposition des parties molles musculaires ou autres qui pourraient entraver l'ossification et, conséquemment, entraîner la pseudarthrose. Il permet d'introduire à son intérieur des fragments d'os qui comblent le vide laissé au centre de l'appareil, et contribueront à l'édification de l'os de nouvelle formation ;

6° Deux autres causes peuvent compromettre le résultat final:

I. — La mobilisation de l'appareil, ce qui explique pourquoi les résultats sont plus satisfaisants expérimentalement sur les os de l'avant-bras et de la jambe, le deuxième os formant attelle.

II. — L'infection de la plaie et la suppuration ; mais, si celle-ci n'est pas trop abondante ou aiguë, elle peut ne pas s'opposer d'une façon absolue à la régénération osseuse;

7° Ces appareils peuvent trouver leur application dans toutes les pertes de substance des os, qu'elles soient traumatiques ou inflammatoires ;

8° Grâce à ces appareils, on peut espérer faire produire de l'os sur un point déterminé du squelette, comme, par exemple, créer une nouvelle cavité cotyloïde dans la luxation congénitale de la hanche.

## II. — Sur le liséré gingival des saturnins

Par M. Ruge.

Les recherches anatomiques et cliniques de l'auteur l'ont amené à des conclusions quelque peu différentes de l'opinion classique relative à la pathogénie du liséré gingival des saturnins.

En premier lieu, M. Ruge établit que les sels de plomb qui imprègnent la muqueuse gingivale sont chimiquement des sulfures de plomb.

Ces sels de plomb sont presque exclusivement déposés dans les papilles de la muqueuse, et principalement au niveau du sommet de ces papilles, dans l'endothélium des vaisseaux et dans le voisinage immédiat de ceux-ci. Comme il est démontré que, dans l'empoisonnement par le plomb, les sels toxiques existent dans l'organisme à l'état soluble, puisqu'ils sont éliminés directement par les urines, et très vraisemblablement sous la forme d'albuminates de plomb, on peut admettre, pour expliquer le liséré gingival, la conception suivante : circulant dans les vaisseaux, imprégnant les divers tissus de l'organisme et principalement les parois des vaisseaux, les sels de plomb, au niveau des parties les plus saillantes des papilles de la muqueuse gingivale, subissent au contact des composés sulfureux de la cavité buccale une véritable précipitation ; c'est la raison pour laquelle on les retrouve dans les parois vasculaires et dans leur voisinage immédiat. L'examen histologique

montre, du reste, que, dans cette région, les vaisseaux sont irrités; leurs parois sont souvent épaissies, et leur lumière rétrécie.

M. Ruge trouve une confirmation de son hypothèse dans un cas de M. Pitt, lequel observa chez un sujet, mort au cours d'une colique saturnine, une pigmentation noire de tout le gros intestin, depuis le cæcum jusqu'à l'anus, pigmentation que l'examen chimique montra être constituée par des sels de plomb.

(*Semaine médicale.*)

## III. — Fièvre typhoïde ; noma de la bouche.

*M. Weill* présente un enfant opéré le 21 janvier dernier pour un noma de la bouche survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Les signes par lesquels il se manifesta étaient une douleur vive, l'odeur fétide de l'haleine et l'apparition d'une petite escarre ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, vers le collet de la première molaire gauche.

Ayant remarqué dans deux cas antérieurs que les lésions superficielles visibles du noma étaient toujours beaucoup moins grandes que les désordres profonds, M. Weill ne s'en tint pas au traitement classique — cautérisation au fer rouge de la surface gangrenée — mais fit pratiquer tout de suite une large incision cruciale des téguments de la joue. On trouva en effet des lésions profondes étendues, état gangréneux de la sous-muqueuse, ramollissement et décollement du périoste sur une grande étendue, nécrose du maxillaire en un point du rebord alvéolaire. Le sphacèle fut arrêté immédiatement par l'intervention. La plaie se combla peu à peu, elle est maintenant pre que guérie, mais il persiste une fistule buccale à laquelle on remédiera par une opération autoplastique.

M. Weill insiste sur la nécessité de faire une intervention précoce et large. On voit assurément des cas dans lesquels la gangrène se limite et l'escarre tombe d'elle-même, mais ces faits sont exceptionnels, et il ne faut pas y compter.

*M. Poncet* partage l'opinion de M. Weill sur la nécessité d'intervenir de bonne heure et largement. Il pense aussi que la cicatrice vicieuse est justiciable d'une intervention autoplastique.

*M. Mouisset* demande quelques détails sur la pathogénie du noma.

*M. Weill.* — Le noma est assez rare de nos jours. Il était plus fréquent autrefois où le mercure était couramment employé et où les conditions hygiéniques étaient défectueuses. Il se montre à la suite des fièvres graves : typhoïde, rougeole, etc., surtout chez les enfants très débilités. On n'en connaît pas encore l'agent causal d'une façon précise. Les cultures faites par M. Weill ont toujours montré des microbes variés, les inoculations ont été négatives. Schimmelbluche a été jusqu'ici le seul qui ait pu reproduire le noma avec un strepto-bacille.

*M. Mouisset* demande s'il faut isoler les malades.

*M. Weill* a fait l'isolement de ses malades ; mais dans les cas qu'il connaît il ne pouvait être question de contagion.

*M. Colrat* est aussi d'avis que le noma est une maladie rare et non contagieuse. Tous les sujets qu'il a observés sont morts; il se rallie donc au traitement proposé par M. Weill.

## IV. — Des fractures du maxillaire supérieur

Par Papin.

Nous reproduisons l'article ci-dessous, que nous extrayons de l'*Anjou Médical*, en raison de son réel intérêt. L'appareil auquel il est fait allusion est dû à M. Bouvet, dentiste :

« Les fractures du maxillaire supérieur sont limitées à une apophyse ou étendue à tout le corps de l'os, et alors bilatérales dans la majorité des cas : ce sont celles que A. Guérin a spécialement étudiées. Le mécanisme et l'anatomie pathologique, difficiles à étudier sur le vivant, nécessitent de nombreuses expériences sur le cadavre, auxquelles ce travail est surtout consacré. L'expérimentation conduit aux résultats suivants : la fracture double transversale suit une ligne à peu près horizontale qui s'étend d'une apophyse ptérygoïde à l'autre, en passant à un centimètre au-dessous de l'os malaire et à la partie inférieure de l'échancrure nasale. Les apophyses ptérygoïdes sont en général brisées ; mais elles peuvent demeurer intactes, si bien que les signes regardés comme pathognomoniques par A. Guérin : mobilité des ailerons et douleur à la pression en ces points, ne sont pas aussi constants que le croyait ce chirurgien. La fracture double résulte d'un choc direct, transversal et médian, dans le plan de la voûte palatine. A. Guérin l'avait démontré, mais l'expérience sur le cadavre prouve qu'elle peut résulter également d'un choc latéral au-dessus des canines, et même au niveau des molaires, pourvu qu'en ce point la violence s'exerce de bas en haut et de dehors en dedans. Le maxillaire inférieur peut transmettre une force de haut en bas, et brise transversalement les deux maxillaires supérieurs par contre-coup, en conservant lui-même son intégrité. La suture médiane se disjoint dans les conditions suivantes : le maxillaire inférieur poussé de bas en haut, pénètre comme un coin dans l'arcade dentaire supérieure, et écarte les deux maxillaires ; l'effort portant sur l'os malaire de dehors en dedans fait basculer en dedans la partie supérieure du maxillaire, ouvre la suture et amène la production d'un biais de fracture qui intéresse la branche montante et parfois la paroi antéro-interne du tissu. Une force oblique en bas et en dehors rencontrant la saillie canine, fait basculer en dehors la partie supérieure de l'os et amène des dégâts semblables aux précédents. L'enfoncement du semis par l'os malaire s'accompagne parfois d'emphysème et de blessure du nerf sous-orbitaire qui se traduit par l'anesthésie de la région qu'il innerve (narine, joue, lèvre, dents) ou par une névrite. Les complications inflammatoires sont peu à craindre. La plupart des appareils sont passibles des mêmes reproches : la contention est imparfaite ; il est difficile de modifier l'attitude donnée aux fragments ; il est impossible de donner au blessé, en fait de nourriture, autre chose que des liquides. M. Bouvet a construit pour une fracture de maxillaire supérieur avec déplacement un ingénieux appareil qui a réalisé un grand progrès, car il permet de maintenir solidement les fragments dans l'attitude voulue, de la corriger à volonté, de nourrir le blessé avec des aliments solides dès les premiers jours qui suivent l'accident. »

(*Archives provinciales de Chirurgie*, octobre 1897.)

### V. — Innervation de l'ivoire.

M. Morgenstern a publié dans les *Arch. f. Anat. und Physiol.* un important travail sur l'innervation de l'ivoire, qui mériterait d'être cité tout entier.

Ses conclusions sont les suivantes :

La couche des odontoblastes est traversée dans toutes les directions par des fibres nerveuses qui, de bonne heure, occupent déjà les interstices des cellules mésodermiques d'où dériveront les odontoblastes. L'ivoire est innervé dans toutes les parties. Ses nerfs courent, les uns dans les canalicules de la dentine (fibres intratu-

bulaires), les autres — ce sont les plus nombreux — dans la substance fondamentale en dehors des premiers (fibres intertubulaires). Au niveau de la couronne, la plupart des fibres affectent la même direction que les canalicules ; dans le collet et dans la racine de la dent, elles se comportent de deux manières : les unes sont orientées dans le sens des canalicules (système radiaire), les autres, au contraire, sont parallèles au grand axe de la dent (système axial).

Les fibres nerveuses de l'ivoire ont un trajet onduleux, se divisent souvent dichotomiquement et se ramifient en arborisations ; leur longueur et leur épaisseur sont très variables. La plupart des fibres intratubulaires atteignent la limite de l'émail ou du cément ; les fibres intertubulaires sont habituellement plus courtes. Fréquemment des fibres intertubulaires, aussi bien du type axial que du type radiaire, pénètrent dans les canalicules de l'ivoire et, devenues intratubulaires, les parcourent ou bien s'anastomosent à leur entrée avec le nerf qui s'y trouve déjà. La majorité des fibrilles paraissent se terminer librement. Grâce aux anastomoses entre les fibres axiales et les fibres radiaires, se constitue dans la racine un plexus à mailles assez larges qui s'étend en haut jusqu'au-dessus du collet. Dans la couche granuleuse immédiatement sous-jacente à l'émail, se trouve un plexus de très fines fibrilles, moussu.

Dans beaucoup de canalicules sont disséminées à intervalles réguliers des cellules de Ranvier qui appartiennent aux fibres intratubulaires autant qu'aux intertubulaires. En somme, les canalicules de la dentine se comportent, d'une façon générale, vis-à-vis des fibres nerveuses intertubulaires, comme les espaces périvasculaires lymphatiques des autres tissus vis-à-vis des vaisseaux et des nerfs qu'ils renferment.

Enfin, il existe à la surface de l'ivoire, sous l'émail, un système particulier de fibres qui la recouvre tout entière et s'anastomose d'ailleurs fréquemment avec les cylindres du système intradentaire.

(*Revue des sciences méd.*) E. B.



## FORMULAIRE

EAU DE TOILETTE POUR LES SOINS DE LA BOUCHE.

| | |
|---|---|
| Crésol | 2 gr. |
| Saccharine | 1 — |
| Essence de menthe poivrée | X gouttes |
| Teinture aromatique | 25 gr. |
| Teinture de ratanhia | 50 — |

De XV à XX gouttes dans un verre.

(*Hyg. usuelle.*)

DENTIFRICE CONCENTRÉ

| | |
|---|---|
| Thymol | 0 g. 50 cent. |
| Teinture de ratanhia | āā 5 gr. |
| Teinture de myrrhe | |
| Alcool à 90° | 80 gr. |
| Eau distillée | 20 gr. |
| Essence de menthe | X gouttes |

*Zanhn. Ref.*

SOLUTIONS POUR GARGARISMES.

Miller recommande pour les gargarismes les mélanges suivants :

| | |
|---|---|
| Acide thymique | 25 centigrammes. |
| Acide benzoïque | 3 grammes. |
| Teinture d'eucalyptus | 15 — |
| Alcool | 100 — |
| Huile de menthe | 75 centigrammes. |

On ajoute à un verre d'eau une quantité de ce mélange suffisante pour que l'eau ne se trouble pas. On emploie ce mélange pour y tremper la brosse à dents et pour gargariser la bouche après avoir frotté les dents. On peut y ajouter une petite quantité de sublimé (ce qui ne nuit pas aux dents) et formuler alors de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Acide thymique | 25 centigrammes. |
| Acide benzoïque | 3 grammes. |
| Teinture d'eucalyptus | 15 — |
| Bichlorure de mercure | 8 décigrammes. |
| Alcool | 100 grammes. |
| Huile de menthe | 75 centigrammes. |

Schleicher recommande pour le gargarisme le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Thymol | 30 centigrammes. |
| Alcool de mélisse composé | *áá* 30 grammes. |
| Esprit de cochléaria | |
| Teinture de ratanhia | 10 — |
| Huile de menthe | 50 centigrammes. |
| Huile de caryopse | 1 centigramme. |

Ajouter X gouttes de ce mélange pour un demi-verre d'eau.

Paschkis recommande les liquides suivants :

| | |
|---|---|
| Saccharine | 2 grammes. |
| Alcool dilué | 200 — |
| Essence de menthe | X gouttes. |

Une demi-cuillerée à une cuillerée à café pour un verre d'eau.

| | |
|---|---|
| Teinture de myrrhe | 5 grammes. |
| Alcool de lavande | 95 grammes. |
| Saccharine | 1 gramme. |

Une demi-cuillerée à une cuillerée à café pour un verre d'eau.

| | |
|---|---|
| Eau de Cologne | *áá* 50 grammes. |
| Eau de roses | |
| Saccharine | 1 gramme. |

Une demi-cuillerée à une cuillerée à café pour un verre d'eau.

Poudres dentifrices :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre d'os de seiche | | 40 grammes. |
| — d'iris | ãã | 2 grammes. |
| — de magnésie calcinée | | |
| Huile de menthe | | V gouttes. |
| Charbon précipité | | 30 grammes. |
| Camphre trituré | | 3 — |
| Huile de menthe | | V gouttes. |

Ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Salol | | 2 grammes. |
| Craie préparée | ãã | 10 — |
| Poudre de quina | | |
| Huile de menthe | | V gouttes. |

Savons dentifrices :

| | | |
|---|---|---|
| Carbonate de magnésie | | |
| Talc | ãã | 5 grammes. |
| Rhizome d'iris | | |
| Savon médicinal | | |
| Huile de menthe | | X gouttes. |

Gomme arabique, q. s. pour faire une masse.

| | |
|---|---|
| Savon médicinal | 10 grammes. |
| Carmin | 10 centigrammes. |
| Alcool | 8 grammes. |
| Myrrhe pulvérisée | 50 centigrammes. |
| Huile de menthe | 1 gramme. |
| Charbon précipité | 20 grammes. |
| Glycérine | 2 — |

Ce mélange peut former soit un savon, soit une poudre dentifrice.

Savons liquides :

| | |
|---|---|
| Esprit de savon | 8 grammes. |
| Glycérine | 6 — |
| Huile de menthe | 2 décigrammes. |

Pâte dentifrice :

| | |
|---|---|
| Carbonate de chaux | 20 grammes. |
| Savon | 5 — |
| Carmin | 20 centigrammes. |
| Huile de menthe | 50 — |
| Alcool | q. s. |
| Sirop simple[1] | 5 grammes. |

Faire une pâte molle.

Tablettes :

| | |
|---|---|
| Poudre de savon | 20 grammes. |
| Carbonate de chaux | 8 — |
| Carmin | 20 centigrammes. |
| Huile de menthe | 50 — |
| Alcool | q. s. |

Faire une pâte dure.

1. Nous avons reproduit textuellement cette formule, que nous conseillons à nos lecteurs de modifier en remplaçant le sirop simple par la glycérine neutre, en q. s. pour faire une pâte.

N. A. R.

S'il y a mauvaise odeur de la bouche, on préconise de mâcher différentes substances ; telles sont les tablettes suivantes :

| | |
|---|---|
| Salol | 28 grammes. |
| Adragante | 1 gramme. |
| Gomme arabique | 4 grammes. |
| Saccharine | 60 — |
| Essence de citron | X gouttes. |
| Eau distillée | q. s. pour faire 100 tablettes. |

(*Médecine moderne.*)

## Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

### SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Conformément aux statuts, l'assemblée générale annuelle des membres du Syndicat aura lieu le mercredi, 15 décembre, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du IX$^{e}$ arrondissement, rue Drouot.

Comme les autres années, les cartes pour le banquet du lendemain jeudi 16 décembre, seront à la disposition des Syndiqués chez tous les membres du Conseil d'administration.




M. Ad. Witzel, notre très distingué et savant confrère allemand, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'odontologie à la Faculté de Médecine d'Iéna. Il est incontestable que c'est à lui que revient l'honneur d'avoir été le premier vulgarisateur de l'anesthésie par la cocaïne pour les avulsions dentaires. Il affirmait, dès l'année 1885, que la cocaïne était le moyen si longtemps cherché de supprimer la douleur dans l'extraction des dents, et cela après avoir expérimenté ce médicament sur lui-même et sur de nombreux malades.

---

M. Evellin, inspecteur d'Académie, est venu, le mercredi 17 novembre, à 11 heures du matin, signer les registres d'inscriptions scolaires et de professeurs de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Ronnet, professeur de service, lui a fait visiter les nouvelles salles de l'Ecole.

UNE INNOVATION HEUREUSE.

La *Grande Librairie Médicale A. MALOINE*, 23 et 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris, vient de créer un service de prêt de livres de médecine par abonnement, sous le nom de *Maloine Médicale circulante*.

Pour *cinq francs par mois* les abonnés reçoivent en lecture, pour un temps indéterminé, tous les ouvrages de médecine qu'il leur convient de demander.

Le catalogue des ouvrages et les conditions d'abonnement seront envoyés franco sur demande.

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. N. D. L. R.

QUESTIONS

? N° 43. — *Quel est le ciment le plus durable dans les obturations dentaires ?*

Dr A. R.

? N° 44. — *Quel est l'amalgame qui ne noircit pas, ou presque pas, la dent?*

Dr A. R.

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et les conserver ainsi jusqu'au moment de leur emploi?*

Li-ga-man.

RÉPONSES

*Nos* 43 et 44. — Il nous est difficile de répondre à ces deux questions qui nous sont posées par un confrère d'Italie. — Nous ne nous refuserons cependant pas à publier des réponses qui nous seraient adressées par nos abonnés, à condition que la préférence pour tel ou tel produit soit basée sur de *sérieuses* observations.

# AVIS

**On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *l'Odontologie* leur carte de visite ou, à défaut, une petite note contenant les détails nécessaires: nom, prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresses, etc.**

17e ANNÉE. N° 17. 15 DÉCEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

**Revue bi-mensuelle.**

**L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.**
**Le présent numéro contient 44 pages, soit 4 en supplément.**

**L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAVAIL A PONT

*Question mise à l'ordre du jour du Congrès de Paris* 1897.

Rapport présenté par M. HEÏDÉ,
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

Ayant été désigné par la Commission du Congrès pour rapporter une des questions données, j'ai accepté très volontiers cette tâche, non pas que je fusse assuré de traiter la question comme elle doit l'être, mais bien parce que je voulais prouver ma bonne volonté et mon entier dévouement à l'œuvre si utile des Congrès régionaux.

J'ai donc à vous entretenir ce soir de quelques considérations du travail à pont ou bridge-work.

Mais, malgré que mon but, dans ce rapport, ait été de remplir un devoir, ce travail est néanmoins incomplet et imparfait. Incomplet, en ce qu'il comportait des recherches nombreuses que le peu de temps m'a rendues bien difficiles ; imparfait, parce qu'il aurait fallu avoir ce don d'écrire, que je ne possède malheureusement pas.

Donc, que mes confrères à qui j'aurai omis de rendre le digne hommage de leurs travaux sur la question, ne m'en veuillent pas trop, car je suis le premier à le déplorer ; néanmoins, je m'en

excuse très humblement et je leur serai reconnaissant de m'éclairer à ce sujet.

*Définition.* — Le travail à pont était autrefois une restauration prothétique où le support était demandé aux dents adjacentes au moyen d'une barre ou mieux d'un bandeau, qui lui fit d'ailleurs donner le nom de pièce à bandeau. Cette barre pénétrait dans les cavités préexistantes ou créées exprès.

A l'heure actuelle on considère comme travail à pont tout appareil sans plaques de plusieurs dents et dont les moyens de rétention sont un ou plusieurs pivots, les capsules, les barres, les coiffes métalliques, les anneaux seuls, ou quelquefois ces divers modes de rétention combinés.

Donc, la différence importante qui différencie ce travail des autres restaurations artificielles dentaires se trouve dans la conception des moyens de rétention, des appareils sans plaques.

Nous nous attacherons dès lors plus particulièrement ici à la description de ces divers moyens de support ; nous signalerons les avantages et les inconvénients que comportent leur emploi et leur usage.

Cependant, avant de commencer ce chapitre, je désirerais vous dire un mot d'historique sur le bridge-work.

Son histoire est liée au début de la dentisterie prothétique.

Vous savez qu'on essaya d'abord d'attacher les dents artificielles avec des fils ou anneaux aux dents voisines restantes,ou bien avec une tige ou pivot métallique s'enfonçant simplement dans le canal de la racine.

Nous avons à notre musée du Louvre un spécimen fort curieux d'un travail semblable exécuté par un Phénicien. Dans deux autres musées d'Europe, celui de Cornetto et le British Museum de Londres, on montre un genre de pièce à bandeau de l'âge étrusque et datant de cinquante ans avant Jésus-Christ.

En 1765 Dionis et G. de la Faye publièrent un travail dans lequel ils relataient un appareil composé de trois dents soudées ensemble et attachées avec des fils d'or autour des autres.

De là nous sommes obligé de nous reporter jusqu'au commencement de notre siècle pour avoir une idée quelconque du bridge-work, en passant par-dessus la description de nombreuses pièces et systèmes intermédiaires d'une époque plus ou moins obscure et de praticiens inconnus.

En 1807 Jourdan et Maggiolo combinaient un appareil attaché également avec des fils, et se composant de dents à pivot et à tube.

C'est à des dentistes français que revient l'honneur d'avoir confectionné, les premiers, ces genres de travaux. Gariot en 1805 et C. Delabarre en 1820 publièrent leurs travaux dans lesquels ils relataient la confection de pièces à bandeau.

Il faut arriver jusqu'en 1841 pour avoir par Schange, dans son Précis sur le redressement, des indications moins vagues sur la question. Quoique un peu plus tardifs, des travaux analogues furent également publiés en Amérique, parmi lesquels il nous faut

mentionner ceux de Fitche et de William Irie. Ils indiquaient leurs procédés, qui furent repris par ceux de Clarke et de Dwinell à New-York.

Il y a quelques années, une Société s'était formée à New-York pour exploiter un brevet qu'elle avait pris sur le travail à pont, exigeant une certaine somme de tout dentiste qui en confectionnait. Il s'est formé contre cet abus une nouvelle Société qui a pu démontrer par des documents français que ces genres de travaux étaient déjà exécutés autrefois depuis cinquante ans et plus.

Le travail à pont a depuis conservé son cachet original, c'est-à-dire cette suite de couronnes artificielles attachées les unes aux autres et fixées aux dents et aux racines restantes.

Mais que de chemin parcouru ! Peut-être dans la branche de la prothèse rien n'a-t-il progressé d'une façon aussi rapide. Dans les dix ou quinze dernières années, sa marche fut si vive, sa perspective de succès si éblouissante, que ceux qui en étaient les plus chauds partisans en furent surpris. On lui a adapté tous les perfectionnements que pouvaient comporter sa construction et sa durée, dans la bouche : l'antisepsie pour le traitement des racines, l'amovibilité succédant à la fixité, la précision dans le parallélisme des couronnes et des pivots, etc.

*Études des divers moyens de rétention des pièces à pont inamovibles.*

Dans tout travail de prothèse l'élément principal à considérer est le support, autrement dit le moyen de rétention de ces appareils dans la bouche.

Vous savez que dans les travaux ordinaires nous avons à notre disposition les crochets, les ailettes, la plaque et la succion.

Dans le bridge-work, nous n'avons aucun de ces moyens nécessitant la présence de la plaque,et c'est ce qui distingue le travail à pont des travaux de prothèse ordinaires. Les moyens de rétention à notre disposition pour les pièces à pont sont, quoique cela, assez nombreux, mais ils exigent tous la présence de racines ou d'une ou plusieurs dents dans la bouche. Ce sont d'abord les pivots, puis les couronnes, les capsules ou colliers, les barres ou barrettes.

Les racines et les dents étant la base de soutien de l'appareil, nous commencerons par l'examen des conditions suffisantes et nécessaires dans lesquelles elles doivent se trouver pour l'exécution d'un travail à pont.

*Racines.* — Le traitement préparatoire des dents et des racines ne consiste pas seulement, vous le savez, à leur donner une forme propre à recevoir l'un ou l'autre des moyens de support, mais à leur assurer l'état de santé le plus parfait possible, ainsi qu'aux tissus environnants. Il ne faut pas avoir une perspective d'insuccès ou de rechute, qui entraînerait une véritable catastrophe.

Le choix des racines et leur traitement judicieux sont, en conséquence, d'une importance capitale.

La première chose que le praticien doit considérer quand il va placer dans une bouche un travail à pont, dont les moyens de

support seront des pivots et des couronnes, est l'état des organes qui lui serviront à ces fins.

Il faut alors, par un traitement convenable, assurer non seulement les bonnes relations entre les racines des dents et leurs alvéoles, mais encore leur parfaite harmonie avec tous les tissus environnants. Les pivots et les couronnes adaptés aux racines saines et indemnes de toute affection inflammatoire donnent inévitablement au travail une durée beaucoup plus considérable. Aussi, doit-on combattre le traitement des dents abcédées pour servir d'asiles ultérieurement à des pivots, ou pour être couvertes par des coiffes métalliques. Nous tenons ce traitement pour une très grande imprudence, qui peut avoir les conséquences les plus fâcheuses pour le porteur et pour le praticien dans les cas très fréquents de rechutes. Cela a son importance, surtout quand il y a plusieurs pivots et plusieurs dents à remplacer, comme c'est le cas ordinaire.

Les racines utilisées dans le bridge-work n'ont pas, vous le savez, comme les dents à pivot ordinaires, à porter que l'unique couronne qu'elles remplacent, mais aussi leurs congénères voisines en nombre variable, ce qui accroît le poids que les racines ont à supporter.

Quant à la préparation de la dent pour l'enfoncement du pivot, elle dépend de la forme de ce dernier.

Nous donnerons les différentes indications à ce sujet au fur et à mesure que nous décrirons le genre de pivot. On peut énoncer dès maintenant ce principe fondamental concernant la préparation des racines : les points de rétention, quels que soient leur nombre et leur forme, ne doivent pas les affaiblir dangereusement.

*Pivots.* — Le pivot est une tige métallique ronde, carrée, ovale ou ellipsoïdale, qui se fixe d'une part sur la pièce et d'autre part dans le canal radiculaire préparé pour le recevoir.

Il est employé dans les dents antérieures jusqu'aux petites molaires inclusivement. A partir de là le pivot devient moins utilisable, et est avantageusement remplacé par la coiffe métallique.

La partie mécanique consiste à mesurer ce rapport et à le fixer à la pièce. Lorsqu'il y a plusieurs pivots, il est, en outre, nécessaire de les paralléliser. D'ailleurs nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

*Différents genres de pivots employés.* — Nous avons à notre disposition plusieurs genres de pivots, ou plutôt plusieurs formes : le pivot rond, carré, ellipsoïdal, le pivot à gaine dont le type est celui de Contenau et Godart, et le pivot ovale ou de Dubois.

Le pivot rond, c'est-à-dire la simple tige de platine, fut celui qui succéda au pivot de bois pour les dents ordinaires ; il est encore très employé dans les racines de petit diamètre. Quelquefois on le divise dans son sens longitudinal, en deux parties, pour lui donner plus de fixité. Ce genre de pivot a été modifié par How, qui fit un pas de vis très accentué sur sa tige. Son inconvénient est de nécessiter une perforation assez large du canal radiculaire. Il est

peu employé quand l'articulation demande un point d'appui très résistant. Dans la préparation des racines pour ce genre de pivot, il faut avoir soin de ménager de bonnes rainures circulaires.

Quant au pivot carré, il est assez peu employé, en raison de la grande perte de substance qu'il entraîne.

Le pivot ovale ou de Dubois est à gaine comme le pivot de Godart, avec cette seule différence que le dernier nécessite, comme nous le disions plus haut pour le pivot cylindrique, un petit affaiblissement de la racine ; le pivot Dubois a donc l'avantage de pouvoir être adapté sur toutes les racines, tandis que le pivot Godart reste inapplicable dans certaines dents.

Enfin, le pivot ellipsoïdal, dont le type est celui de la dent Logan, est, je crois, le plus rationnel et le plus sûr, tant au point de vue de la préparation des racines que de la fixité qu'on obtient. Malheureusement il est peu applicable dans les travaux à pont. Dans les dents antérieures, l'effort masticatoire tend à les projeter en avant ; aussi, si l'on n'a pas soin d'opposer un obstacle effectif à cette tendance, l'appareil que supporte ce pivot ne peut manquer de se desceller au bout de très peu de temps. Il est donc nécessaire de prendre pour ces genres de pivots des racines qui ne soient ni avariées ni affaiblies par la carie, ni ébranlées par l'inflammation.

En effet, le pivot rond a une force inutile dans son diamètre transverse, insuffisante dans son diamètre antéro-postérieur ; de là, l'avantage, à mon avis, d'adopter, dans la mesure du possible, la forme rationnelle du pivot ellipsoïdal.

*Parallélisme des pivots.* — Lorsqu'il y a plusieurs pivots, il est nécessaire de les paralléliser pour obtenir leur entrée simultanée dans les racines.

Le parallélisme des pivots est très difficile à obtenir, d'autant plus que pour ce genre de travail l'à peu près est défectueux et conduit à un échec certain. Le moindre écart détruit l'ajustement, empêche l'enfoncement normal de l'appareil, et enlève toute possibilité d'articulation et de maintien.

La difficulté est grande lorsqu'il s'agit de l'emploi des tubes à gaine, car là nous n'avons plus la ressource d'élargir le canal comme avec les autres pivots. Dans l'emploi de ces genres de pivots, il faut donc une précision mathématique, que l'on ne peut guère assurer que par l'usage d'appareils construits à cet effet. Aussi, d'ingénieux praticiens ont-ils cherché à obtenir par des procédés simples et pratiques l'application de ce principe, en rendant l'opération plus aisée et plus sûre. Parmi ces derniers, nous citerons ceux de Barbe, de Chauvin, de Godon et de Prével. Je ne donnerai ici, bien entendu, qu'un aperçu de ces divers appareils.

Celui de Barbe se compose de deux plaques estampées d'après le modèle sur lequel on doit faire le travail à pont. On perce des trous au niveau du canal des dents, on réunit les trous homologues de ces deux plaques avec des tiges de bois suffisam-

ment longues pour les tenir écartées l'une de l'autre, et on a ainsi un parallélisme certain.

Je reprocherai à cet appareil d'être d'une confection longue et compliquée, car il est indispensable de le refaire pour tous les cas.

Celui de M. Chauvin est, à ce point de vue, plus simple et moins volumineux. Il consiste en un tube triangulaire dans lequel est renfermée une tige, également triangulaire, remplissant la capacité du tube et glissant à frottement doux.

Aux extrémités du tube et de la tige se trouvent deux pivots parallèles soudés. Le pivot du tube est soudé sur une vis qui arrête le cours de la tige glissante.

Celui de M. Godon est réduit à son maximum de simplicité, du moins dans le premier modèle qu'il nous a soumis.

Supposez deux fils de cuivre ronds, à peu près de la même grosseur que des pivots courbés chacun à angle droit, les deux parties horizontales réunies par une ou deux charnières permettant le glissement et par suite le rapprochement ou l'éloignement des deux tiges verticales devenues ainsi parallèles.

Enfin, l'appareil de M. Prével se rapproche, comme il le dit lui-même, en certains points, des modèles que nous avons déjà examinés. L'auteur a sans doute eu pour but de simplifier ou de rendre plus exacts et plus rapides les résultats obtenus jusqu'ici avec les précédents.

Dans son appareil nous ne voyons plus les tiges parallèles simples, mais des tiges ayant la forme de mandrins, ou plus exactement de porte-mine, et que M. Prével appelle des porte-pivots. Le deuxième point à signaler dans cet appareil est la vis micrométrique qui fait mouvoir un des porte-pivots, l'autre se déplaçant à la main.

Dans tous ces appareils il faut rendre hommage à l'ingéniosité de l'inventeur, dont l'idée a été, comme je le disais tout à l'heure, de faciliter l'opération du parallélisme par un appareil pratique. Ils seraient tous pratiques, je dirai, si l'exécution mécanique eût été parfaite ; malheureusement, les mécaniciens auxquels on confie l'exécution du plan de cet appareil-étalon ne se rendent pas compte de l'importance de certains détails de construction, ce qui fait que bien souvent l'inventeur, qui n'a pu en surveiller la confection, se trouve en contradiction de résultats avec ceux de ses confrères qui ont voulu essayer son appareil.

Je conclurai au sujet des pivots que, malgré certaines difficultés qu'on rencontre dans leur adaptation et leur pose, on a là un des moyens de support les plus sûrs dans les pièces à pont, pourvu que l'on ait toujours soin de bien s'assurer du parfait état de santé des racines.

*Coiffes métalliques.* — Dans les bridge-works dépassant les dents antérieures, c'est-à-dire comprenant les prémolaires et les molaires, les coiffes métalliques sont les plus commodément employées. Elles sous-entendent comme dans les pivots le traitement régulier des dents sur lesquelles elles sont appelées à être posées.

*Modes de confection.* — La couronne de la dent doit subir la préparation classique que vous connaissez tous, et qui consiste à unir et à égaliser les différentes surfaces et à en arrondir les angles, à meuler le bord et la surface articulants pour pouvoir prendre exactement la circonférence du collet de la dent.

A cet effet, nous nous trouvons en présence d'un grand nombre de méthodes, parmi lesquelles je ne retiendrai que celles qui, à mes yeux, répondent à un but pratique.

1° On coupe soit une bande d'or de la longueur voulue ou présumée, que l'on courbe avec des pinces rondes d'après la forme de la racine. On essaye alors cette bande sur la racine, de façon à ce qu'elle monte sous la gencive sans la blesser. Pour cela, on est obligé de tailler de la bande, soit en avant, soit sur les côtés, suivant le biseau donné à la racine, si c'est une dent prémolaire, ou suivant l'émergence plus ou moins grande du bord en dehors de la gencive, si c'est une molaire. Puis on continue ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé à circonscrire hermétiquement la dent; alors on fait un trait sur la bande d'or, pour indiquer l'endroit de jonction et de soudage. On soude à la flamme d'une lampe à alcool, ou au gaz bleu.

2° On peut aussi prendre la mesure de la racine avec un fil métallique qu'on met ensuite sur un mandrin conique, construit spécialement à cet effet. L'endroit où s'arrête le fil est la circonférence qui servira à former l'anneau de la couronne. Quand on emploie ce procédé, bien souvent on prend l'empreinte que le fil a conservée en sortant de la bouche; on a ainsi la forme qu'on devra donner à l'anneau.

3° Certains praticiens prennent une bande de cuivre très mince et flexible qu'ils adaptent sur la racine. Une fois cette opération terminée, ils marquent l'endroit de jointure, puis ils découpent une bande en or en conséquence, et la soudent au point indiqué. Cette méthode est analogue à la manière dont nous découpons nos crochets en or.

4° D'autres se servent simplement de ce que nous connaissons sous le nom de dentimètre, c'est-à-dire d'un fil métallique avec lequel on entoure la racine pour en prendre la circonférence. La section du fil donne la longueur de la bande à découper à laquelle on doit avoir soin d'ajouter un demi-millimètre pour la soudure; on ajuste alors la bande à la racine.

5° D'autres enfin prennent l'empreinte de la racine. Je dirai tout de suite que je ne crois pas ce procédé d'un grand secours à des praticiens habiles : l'anneau fait ainsi est toujours inexact, le plus souvent trop large.

Il me reste à vous parler maintenant de la méthode de Herbst.

Ce dernier, considérant le temps précieux qu'on perd dans l'essayage et dans la confection de la bande, résolut de rendre cette opération plus rapide. Il construisit un baguier composé de dix-sept anneaux en or ou en melchior doré augmentant d'un millimètre chacun, le premier, le n° 22, pouvant aller aux plus petites

dents, et le dernier, c'est-à-dire le n° 38, pouvant aller aux plus grandes.

A chacun de ces anneaux est soudée une boucle par laquelle passe une chaîne qui comprend aussi une petite bande de métal de quarante millimètres sur laquelle sont marquées les divisions en millimètres du n° 22 au n° 38.

Lorsqu'on a une dent à coiffer, on cherche l'anneau qui doit l'entourer exactement; une fois qu'on l'a trouvé, on note le numéro, on découpe alors une bande en or de la longueur correspondant au nombre de millimètres qu'indique le numéro, plus un demi-millimètre pour la soudure. On soude, et on a l'anneau avec lequel on peut procéder à l'ajustage; le tout ne demande que quelques minutes.

Cette dernière méthode a donc de grands avantages sur les précédentes, en ce qu'elle ne présente pas autant de difficulté et d'ennui pour le patient, et qu'elle est beaucoup plus rapide et plus sûre pour le praticien.

Quant à la confection de la face triturante des coiffes, elle peut se faire de deux façons : au moyen de la plaque à estamper où la forme est en creux, ou au moyen de la série de couronnes de Melotte où la forme est en relief. On soude alors la surface à l'anneau.

En résumé, les couronnes ou coiffes métalliques pour la rétention des bridges sont, avec les pivots, les deux moyens les plus efficaces et les plus sûrs que nous possédions. Il reste bien entendu que notre jugement doit nous interdire l'application de ces moyens sur les racines malades ou ébranlées et de les construire de telle sorte qu'au moment de la fixation il y ait compression de la gencive.

*Capsules.* — On n'est pas parfaitement d'accord au sujet du nom à leur attribuer. On leur a donné tantôt le nom de viroles, tantôt de colliers, tantôt de capsules. Peut être serez-vous étonnés que je place ici ces moyens de support, mais la raison est que j'ai tenu à les ranger par ordre d'importance.

Les capsules sont de petits anneaux dont on sertit les racines ne possédant plus de couronnes. Elles sont recouvertes à leur bord extérieur d'une petite plaquette s'adaptant sur la section libre de la racine, ce qui leur donne cette forme capsulaire. Elles entourent la racine, la coiffant et la renfermant hermétiquement. Leur but est d'assurer, à la fois, la fixité de la couronne artificielle et par contre du bridge, d'empêcher la fracture de la racine et sa carie ultérieure. Elles la préservent ainsi d'une façon permanente, tout en consolidant l'assise du pivot sur la pièce et dans la bouche. Aussi, pour qu'elles puissent remplir ces différents buts, est-il nécessaire de leur assurer un ajustement rigoureusement exact autour de la racine, surtout dans les pièces inamovibles. Nous serons bref en ce qui concerne leur construction, car elle est la même que pour les couronnes : le traitement régulier de la dent au point de vue pathologique doit être fait de même que pour le

pivot et la couronne. La racine doit être arrondie et meulée de sorte que la capsule ne dépasse pas et ne fasse pas ressortir la dent.

La forme anatomique est tellement variable, qu'il est nécessaire d'égaliser le pourtour de la racine en enlevant l'émail restant, et même une certaine couche de dentine sous-jacente. Nous employons à cet effet la pince de Bing, qui est, je crois, de tous les instruments construits dans ce genre, le meilleur.

M. Chauvin a construit ou plutôt a imaginé d'employer une fraise cylindrique sur laquelle il fait une sorte de buttoir en soudant un petit disque autour de la partie inférieure de la fraise, ce qui empêche cette dernière de s'en aller trop loin et d'irriter les tissus mous.

Nous nous servons pour la construction de ces petites capsules, du baguier de Herbst. Lorsque notre anneau en or de la hauteur voulue est soudé, nous procédons à l'ajustage. Cette phase est extrêmement délicate, surtout dans les dents antérieures, car vous savez qu'après la préparation de la racine qu'on a eu soin de tailler en biseau à sa face antérieure, l'anneau dépasse; alors il est imprudent de vouloir trop forcer pour l'enfoncer. Il faut donc tailler presque entièrement ce bord ; la face postérieure, au contraire, est laissée plus longue.

La plaque est alors courbée dans le sens de l'anneau. Cette opération de l'ajustage est quelquefois assez longue, en raison des soins qu'il faut apporter à ce que la capsule ne dépasse aucun bord, sertisse bien la racine, ne refoule pas trop la gencive. Nous pensons un grand bien de ces capsules, en dehors des avantages que nous en avons signalés ; elles donnent aux travaux à pont une fixité remarquable ; on les combine le plus souvent aux pivots à gaine cylindriques ou ovales. Ceux-ci réunissent alors le maximum de sécurité pour la conservation de la dent. Nous les avons employés dans nombre de travaux à pont que nous avons confectionnés ayant toujours obtenu les plus heureux résultats.

Nous savons qu'on leur reproche de se ternir, de se salir et de favoriser l'accumulation des débris alimentaires, et d'irriter quelque peu les tissus mous. N'hésitons donc pas à les proscrire comme dangereux et inutiles si l'état des tissus et de la dent est suspect.

*Les barres.* — Que sont ces barres de soutien ? Ce sont des tiges métalliques soudées au bridge-work, dépassant soit d'un côté, soit de l'autre, quelquefois des deux ; elles sont appelées à être fixées dans des cavités faites dans les dents naturelles, quelquefois cariées, mais le plus souvent saines (auxquelles on sacrifie les deux tiers ou les trois quarts de leur largeur sur le côté postéro-interne ou de la face triturante pour recevoir cette barre). On fait alors une obturation avec de l'or, de l'amalgame ou du ciment. Est-il besoin de dire quel danger ces barres font courir à la dent ? Il est un fait logique et évident : la dent, soutenue dans l'alvéole par un coussinet ligamenteux, n'a par conséquent pas une fixité absolue dans l'articulation avec son antagoniste. La dent supérieure

se pose, pour ainsi dire, sur la dent du bas ; de là l'utilité du ligament. Cette dent fixée, au contraire, au moyen d'une barre, devient rigide, et ses rapports de contact avec la dent du bas sont plus brutaux, parce qu'ils immobilisent la dent dans l'alvéole.

Quant au scellement de ces barres, j'en dirai deux mots.

Les barres ont quelquefois demandé un grand sacrifice de substance. L'or, l'amalgame, le ciment, ne peuvent avoir une grande durée. L'aurification ne peut avoir un homogénéité parfaite, et les difficultés opératoires sont grandes. L'amalgame ne peut s'employer utilement, car si la barre est en or et si la cavité s'approche du nerf, il peut y avoir lieu à un courant galvanique désagréable ; de plus, il faut tenir compte de sa rétractilité et de sa teinte grisâtre qui le rend inapplicable aux dents antérieures.

Le ciment s'use trop vite et n'offre pas assez de résistance.

La forme des barres peut varier à l'infini, car elle dépend un peu du point d'appui qu'on juge à propos de lui donner. Dans une dent sans pulpe, la barre peut être courbée et insérée dans le canal ou bien s'insérer à la face palatine de deux dents ; ou bien, comme dans le travail de Bing, consister en une forte bande de métal, reliant deux dents et servant de surface d'articulation aux dents antagonistes. Le vide, sous cette bande, comme le fait remarquer M. Chauvin, permet le nettoyage et l'irrigation antiseptique.

Le seul avantage éventuel qu'on puisse relever en faveur des barres, est la facilité qu'elles donnent quelquefois pour étendre le bridge d'une ou de deux dents, sans avoir recours à un nombre supérieur de racines.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur un moyen de support qui, dans les rares cas où il peut être indiqué, présente, en dehors de ces cas, trop d'inconvénients, que vous connaissez tous.

Avec les barres, nous en avons fini avec les principaux moyens de support employés dans le travail à pont. Il nous reste donc à décrire la réunion de ces divers moyens, et leur application dans la bouche.

*Soudage de la pièce.* — Cette opération se fait ordinairement en deux parties : la première consiste à souder les capsules aux pivots ; la deuxième est le soudage des dents au reste de la pièce.

*Soudage des capsules aux pivots.* — Les pivots et les capsules étant placés dans la bouche, on prend l'empreinte avec du plâtre ; s'il existe des capsules ou des pivots restés fixés sur les racines, il est facile de les replacer sur l'empreinte. Cette empreinte est coulée avec un mélange de terre à mouler et de plâtre, et l'on soude immédiatement. L'avantage de ce procédé est d'être plus rapide et plus exact, en évitant le déplacement des parties à souder.

*Soudage de la pièce en totalité.* — Lorsque les pivots sont unis aux capsules, les dents plaquées et meulées, on monte le bridge avec de la cire sur le modèle primitif en plâtre. On essaie le tout dans la bouche et, lorsqu'on s'est assuré que l'articulation et l'ensemble de la pièce sont corrects, on ôte les dents en laissant les coiffes et les capsules.

Nous donnerons ici quelques indications sur la façon de plaquer les incisives et de faire le talon des biscupides et des molaires. On meule la dent en biseau de dedans en dehors et de haut en bas, de façon que le bord de la plaque vienne exactement s'appliquer sur le bord tranchant et empiéter un peu, sans toutefois dépasser, de telle sorte que la plaque devienne visible extérieurement. Cela donne plus de solidité à la dent dans l'articulation Dans les dents telles que les molaires ou les prémolaires, on commence par plaquer les dents comme précédemment, puis on confectionne la face triturante, qu'on articule et qu'on soude à la dent en formant un épaulement.

On prend alors l'empreinte, et comme le plus souvent les capsules et les coiffes restent dans la bouche après la sortie de l'empreinte, on les y replace à l'endroit assigné. On coule ce modèle avec le même mélange que précédemment, on remonte sur ce modèle les dents qu'on fixe avec de la cire en arrière, on les recouvre en avant avec de la terre à souder, et on procède au soudage, puis au polissage, ce qui nous amène au mode de fixation des appareils.

Là, nous ne pouvons pas donner la manière de faire des auteurs, qui varie suivant chaque praticien, pas plus qu'une règle générale, inadmissible en raison de la multiplicité et la variété des cas, mais bien la manière avec laquelle on peut procéder dans la plupart des cas. La bouche est garnie de morceaux d'amadou sec et aseptique, surtout au niveau des canaux salivaires, c'est-à-dire derrière les dents inférieures, et à la partie interne et supérieure des joues. On passe sur les différentes racines ou cavités un peu de chloroforme, et on sèche. Le ciment étant malaxé d'une consistance convenable, on en remplit les coiffes, les canaux, ainsi que les capsules et le pourtour des pivots. On pose l'appareil avec une pression ferme, mais douce, on fait articuler, et on laisse durcir le ciment.

Il y a quelques années, nous préconisions les ouvertures dans les couronnes ; à la longue, nous nous sommes aperçu qu'elles ne sont pas absolument nécessaires, à cause de la difficulté qu'on a quelquefois à les obturer.

Le fusage, qui doit se produire forcément, trouve un chemin plus large et plus naturel entre la couronne et la racine. On en est quitte pour enlever soigneusement tout ce qui pourrait rester et devenir nuisible. Nous disions tout à l'heure qu'on peut employer le ciment ; c'est, je crois, la seule matière plastique obturatrice pour le scellement de ces genres de travaux.

Il est nécessaire, en effet, que le durcissement se fasse assez rapidement, et que la matière plastique se trouve partout avec la même homogénéité. C'est pour cela que nous ne croyons pas à l'emploi judicieux de l'amalgame qui nécessite le foulage, pas plus qu'à celui de la gutta dans les bridges permanents, qui est dans ce cas d'un emploi assez compliqué.

*Moyens de support des travaux amovibles.* — Nous allons étudier maintenant les différents moyens de support des travaux amovibles.

D'abord, quel est le caractère qui différencie les travaux à pont fixes, des mobiles ?

Les mots le disent, mais nous pouvons ajouter encore que, tandis que les moyens de fixation dans les uns (travaux à pont inamovibles) sont plastiques, dans les autres ils sont mécaniques.

Les moyens de support ne varient pas beaucoup dans l'un et dans l'autre. Cependant, la physionomie de la pièce changeant, il est nécessaire de donner quelques indications sur ces différentes modifications.

Nous voyons, comme dans les travaux inamovibles, le pivot, les anneaux, les couronnes métalliques, les capsules.

Pour l'étude des différents moyens de support dans les travaux à pont mobiles, nous nous sommes inspiré du plan que M. Chauvin donne dans sa classification logique des travaux à pont amovibles.

Il prend d'abord les pièces à pont mobiles supportées exclusivement par des racines, puis les subdivise en trois cas :

*a*) Une ou plusieurs dents supportées par un seul pivot ;

*b*) Plusieurs dents supportées par plusieurs pivots parallèles entre eux ;

*c*) Plusieurs dents supportées par des pivots parallèles entre eux avec coiffage de racines.

Nous avons dit plus haut le rôle important que les racines sont appelées à jouer.

En effet, les dents et les racines constituent, vous le savez, les fondations du bridge, et, par suite, ont droit à tous les égards à ce sujet.

La valeur de la partie mécanique n'en est certes pas diminuée pour cela, mais elle complète utilement la partie chirurgicale.

Il faut tenir compte que les dents sont dirigées par la puissance du levier et la force articulatoire dans la mastication [1].

Dans les dents antérieures, cette force est dirigée en dehors pour les dents du haut, et en dedans pour les dents du bas, tandis que la force est directe dans l'articulation des molaires.

Aussi a-t-on cru utile de donner des règles pour déterminer le nombre et la position que doivent avoir les dents ou les racines pour servir de fondation aux travaux à pont. Je les emprunterai à Evans.

1° Une racine d'incisive centrale pourra supporter deux incisives artificielles qu'on peut étendre aux latérales, à condition de prendre un point d'appui dans les autres dents voisines, au moyen de barres ou d'éperons.

2° Les racines des deux incisives centrales pourront supporter les quatre incisives, à condition de mettre des éperons ou des barres dans les canines ;

3° Les racines des canines, seules ou avec le concours des racines des incisives centrales, supporteront les six dents antérieures ;

4° Une molaire ou une bicuspide d'un côté, et une biscupide et

---

1. Evans.

une molaire de l'autre, avec une ou deux racines intermédiaires, supporteront un bridge ;

5° Une molaire du côté droit et une molaire du côté gauche, avec le concours de deux canines, supporteront un bridge comprenant toute l'arcade.

Nous pensons, à ce sujet, que l'extension de ce genre de prothèse pour la restauration dentaire à toute une arcade est une chose assez problématique, si on l'envisage au point de vue des résultats.

Ici, cette règle est obligatoire, car il faut supposer que, dans certains cas, il est loisible de tenter de regarnir l'arcade avec quelques dents et racines restantes. D'ailleurs, les bridges étendus doivent être absolument proscrits quand il s'agit de ponts mobiles.

Les pivots dans les ponts mobiles sont le plus souvent à gaine soudée à la capsule. On a donc le maximum de sécurité pour la racine et pour la durée du bridge.

C'est ici que nous trouvons une application du parallélisme mathématique des pivots.

Nous avons essayé à cet effet de nous servir de l'appareil Godon pour le placement des tubes et la perforation des racines ; mais, tout en rendant hommage à l'idée de l'inventeur, nous sommes forcé de reconnaître que le fabricant ne l'a pas comprise au sens pratique du mot.

Les anneaux qui sont employés, vous le savez, comme moyen de rétention des pièces amovibles, sont des crochets circulaires entourant une couronne artificielle en or dans la plus grande partie de sa hauteur. Leur emploi nécessite quelquefois le parallélisme des couronnes. Dans ce dernier cas, certains praticiens procèdent de la manière suivante : ils confectionnent entièrement un bridge, puis posent la couronne avant que la matière de scellement employée soit sèche ; ils mettent le bridge en place, alors la couronne prend une position concentrique à l'anneau.

Ce procédé a de nombreux inconvénients, en ce qu'il fausse le principe admis que les couronnes doivent toujours être placées et fixées définitivement avant la confection du bridge.

Dans la pratique courante, il vaut mieux procéder ainsi, et prendre l'empreinte avec laquelle on confectionnera le bridge amovible.

*Mode de fixation des bridges amovibles.* — Dans l'étude des différents modes de fixation, il est très difficile de se limiter à la description d'un ou de deux appareils, car ils sont légion.

Nous examinerons donc avec vous, d'après l'ordre que leur donne Evans dans son livre, les diverses méthodes portant le nom de leur auteur.

Avant de commencer ma longue énumération, je dois citer la méthode de Herbst, présent parmi nous, dont les remarquables et nombreux travaux et perfectionnements nous sont tous connus.

Nous avons dans ce travail à pont les couronnes et les crochets en or, les dents en porcelaine avec ou sans talon en or, et le reste coulé en étain d'après les règles ordinaires.

Le Dr Winder a construit un appareil dont les moyens de fixation sont des vis traversant la surface triturante des couronnes en or, et allant se visser dans un tube *ad hoc* fixé par du ciment ou de l'amalgame dans la racine correspondante.

Litch, lui, fixe un pivot permanent dans les racines et dans les canines, et maintient les extrémités de l'appareil par des barres fixées dans les molaires. Le scellement se fait avec du ciment ou de l'amalgame, et ne peut être enlevé que par le dentiste.

Dans la méthode de Parr les barres sont scellées d'une façon permanente dans les couronnes fixes limitant les extrémités de l'appareil amovible, ou bien, au lieu de fixer une barre, il fixe une gaine qui reçoit à frottement doux les extrémités d'une tige courbée traversant l'appareil dans toute sa longueur.

Dans d'autres appareils nous voyons une barre unique fixée dans l'espace des dents à remplacer, prenant son point d'appui dans les dents voisines. Sur cette barre se posent ou mieux s'accrochent les dents, par un système à glissière.

Dans le pont de Low nous voyons adapté son mode de fixation comme pour les dents à pivot, c'est-à dire son pivot en forme d'escalier allant en diminuant de hauteur. Il nécessite un jeu de forets spéciaux, afin de donner à la racine la forme convenable.

On doit au Dr Knapp de s'être efforcé dans ses appareils non seulement de se conformer aux lois de l'esthétique, mais d'avoir évité, par une continuité de structure, les interstices et les anfractuosités.

Le Dr Melotte, comme auteur d'une méthode spéciale dans le travail à pont amovible, nous est connu d'abord par ses couronnes en relief et l'emploi de sa « Moldine » avec le métal fusible dans la confection des couronnes et du travail à pont. Il préconise les anneaux autour des couronnes comme moyen de rétention, et quelquefois le coiffage partiel.

Je citerai encore le système de la maison White, ou autrement dit à mandrins.

Avec le système de Brow nous revenons, comme principe, un peu en arrière.

Il comprend seulement les pièces avec dents en porcelaine. Sur la face postérieure de ces dents plaquées est soudée une barre parcourant toute la longueur de la pièce, et dont les extrémités sont recourbées pour se fixer dans les racines voisines.

Enfin, beaucoup d'autres auteurs que je n'ai pas nommés préconisent diverses méthodes différant assez peu les unes des autres.

Il nous est très difficile de faire une analyse judicieuse et raisonnée de toutes les méthodes ; une pareille tentative sous-entendrait une connaissance approfondie des avantages et des inconvénients donnés par leur emploi.

Nous voulons croire que l'idée de l'auteur a toujours été de rendre plus sûrs les moyens de fixation, tout en facilitant l'enlèvement par le malade lui-même.

*Réparation des bridges.* — En dehors de l'impossibilité où l'on

est quelquefois de mettre le bridge, à cause d'un dérangement survenu dans le soudage, qui oblige à scier l'appareil en plusieurs parties pour les réajuster et les souder ensuite, il y a la fracture survenant quelques jours après la pose ou plus tard. Quel que soit le moment où arrive cette fracture de la dent, la difficulté est la même, surtout dans les pièces fixes, et c'est de celles-là que nous parlons.

Le remplacement d'une couronne ou d'une dent fracturée est extrêmement difficile, vous le savez tous, et le résultat est le plus souvent insuffisant et douteux. Certes, en face de cette circonstance l'ingéniosité du praticien s'est montrée à la hauteur de la tâche. Diverses méthodes ont été introduites, parmi lesquelles je ne retiendrai que le système à glissière, dont nous sommes redevables à deux dentistes français, MM. Torres et Seigle, de Bordeaux.

Malheureusement, tous les bridge-works ne peuvent être construits de cette manière qui exige un double jeu de dents pour les cas de fracture. Comme cause de ces accidents, nous relevons le plus souvent la défectuosité de l'articulation.

Dans les cas où l'on ne peut employer un système à glissière, ou un système analogue, la réparation est, comme nous le disions plus haut, insuffisante.

En effet, dans les dents antérieures par exemple, la surface palatine du côté de laquelle on est obligé de recourber les crampons ne souffrira pas longtemps l'application d'une matière obturatrice pour en empêcher la rugosité. Les différentes façons d'opérer ces réparations conduisent aux mêmes ennuis pour le malade et pour le praticien. Si elle est faisable, elle n'est pas exempte d'inconvénients.

*Conclusions.* — On ne peut pas donner de règles absolues pour l'application du bridge-work. On laisse à l'initiative et au bon jugement du praticien le soin de décider si ce travail doit être ou non appliqué, et à son ingéniosité celui de l'exécuter.

Cependant, nous devons conseiller de ne se servir que des dents et des racines suffisamment résistantes, vu la grande fatigue à laquelle on les expose pendant la mastication, et l'articulation continuelle les immobilisant.

Je citerai pourtant quelques cas de la pratique courante :

1° Une racine d'incisive centrale supportera deux incisives centrales artificielles, qu'on peut étendre aux latérales à condition de prendre un point d'appui dans les autres dents voisines au moyen de barres ou d'éperons.

2° Les racines des deux incisives centrales supporteront les quatre incisives, à condition de mettre des éperons ou des barres dans les canines.

3° Les racines des canines seules ou avec le concours des racines des incisives centrales, supporteront les six dents antérieures.

4° Une molaire ou une biscupide d'un côté et une biscupide et une molaire de l'autre, avec une ou deux racines intermédiaires, supporteront un bridge.

5° Une molaire du côté droit et une molaire du côté gauche, avec le concours de deux canines, supporteront un bridge comprenant toute l'arcade.

Nous pensons à ce sujet que l'extension de ce genre de prothèse pour la restauration dentaire, à toute une arcade, est une chose assez problématique si on l'envisage au point de vue des résultats.

Parmi les objections qui sont soulevées à l'égard du travail à pont inamovible, nous entendons le plus souvent les suivantes : les espaces horizontaux sous les dents artificielles et les espaces verticaux entre les dents, appelés espaces interdentaires, se remplissent de particules de nourriture, de sorte que, dans les bridges étendus, il est impossible de les tenir parfaitement propres.

La décomposition de ces matières peut non seulement irriter la muqueuse, en raison de son acidité, mais altère fâcheusement l'haleine.

Aussi, avant l'application d'un bridge, doit-on considérer comme d'une importance capitale et une perspective de succès, la condition actuelle de la bouche.

Nous connaissons tous bien les principaux avantages du bridge, comme l'absence d'obstacle dans la libre évolution de la langue dans l'articulation, les dents naturelles non désagrégées au niveau des crochets, les sensations du goût intactes, et enfin la condition de santé des tissus sauve par l'absence de la plaque.

Certes, dans ces conditions, il n'y aurait pas de raisons valables pour qu'un appareil artificiel dans la bouche, tel que le bridge, fût plus nuisible que les dents naturelles, mais il faut bien entendre aussi que cette condition est subordonnée à la perfection de l'appareil dans ses moindres détails. Le travail à pont en général est un appareil de prothèse d'une grande valeur lorsqu'il est construit et posé judicieusement. Lorsqu'il est fixe, c'est-à-dire inamovible, il satisfait entièrement l'esthétique.

Le travail à pont fixe demande donc des soins minutieux qui semblent bien souvent ennuyeux à observer pour le patient, en raison de la négligence habituelle dont il fait preuve quelquefois envers ses dents naturelles. C'est pour cela que, quand le principe des travaux amovibles fut conçu, on vit diminuer considérablement les griefs qu'on opposait aux travaux à pont en général, surtout au point de vue hygiénique.

Le travail amovible peut être nettoyé hors de la bouche, et par conséquent plus minutieusement.

Les travaux à pont amovibles ne doivent s'employer que dans des cas spéciaux et tout à fait indiqués : en remplacement des incisives, des prémolaires et des premières grosses molaires, qui sont les dents se cariant le plus rapidement, enfin, dans des cas de fracture totale des dents antérieures.

Ces genres de travaux ne doivent jamais reposer sur des dents suspectes, ni être soutenus par elles.

Il vaut mieux remplacer, toutes les fois qu'il est possible, les travaux fixes par les travaux à pont amovibles, les premiers

ayant l'inconvénient de réclamer de trop grands et de trop nombreux soins de propreté.

---

## TRAITEMENT DES DENTS A PULPE MORTE

*Question mise à l'ordre du jour du Congrès de Paris* 1897.

Rapport présenté par M. le D[r] L. Nux, de Toulouse.

Le traitement des dents à pulpe morte a depuis longtemps préoccupé tous les dentistes, car ils considèrent avec raison comme très difficiles à soigner ces dents qui passaient autrefois pour incurables. Nous n'avons, pour nous en convaincre, qu'à voir la quantité considérable des travaux qui ont été écrits sur ce sujet depuis près de vingt ans, et c'est là justement ce qui nous prouve qu'un traitement sûr et absolument efficace, réunissant à la fois la rapidité d'action et la certitude dans les résultats obtenus, est peut-être encore à chercher.

Avant d'étudier les divers traitements qu'on a proposés, nous diviserons notre sujet en trois parties :

1[re] partie. — Classification des dents à pulpe morte, et étude rapide sur leur traitement.

2[e] partie. — Historique, dans lequel nous verrons les divers traitements proposés jusqu'à ce jour.

3[e] partie. — Conclusions.

### *Classification.*

Les dents à pulpe morte peuvent se diviser en trois classes :

1° Dents à pulpe récemment dévitalisée ;

2° Dents à pulpe morte sans complications périostiques ni alvéolaires;

3° Dents à pulpe morte compliquées { d'abcès, de fistules, de kystes.

La pulpe de ces dents peut être atteinte de dégénérescence granulo-graisseuse ou calcique, ou bien être absolument putréfiée. Cette putréfaction est due à l'action des microbes, et la toxicité de cette suppuration pulpaire est due en grande partie aux ptomaïnes.

Le traitement va donc consister à débarrasser la dent et les racines de ces produits septiques, en évitant avec soin d'en laisser pénétrer dans l'alvéole, pour ne pas avoir de suppuration consécutive.

On stérilise ensuite les canaux à l'aide d'antiseptiques portés sur des mèches de coton ou de soie floche, et, lorsque toute odeur de suppuration a disparu et que les mèches sortent propres, on peut faire l'obturation des racines et fermer la dent sans avoir à craindre de complication alvéolaire (abcès ou fluxion, fistules, etc.).

C'est là le procédé classique, mais il est quelquefois un peu long ; aussi a-t-on proposé des modifications pour en abréger la durée.

Nous verrons dans ce travail l'exposé des diverses méthodes de traitement, et les résultats obtenus par chacune d'elles ; aussi croyons-nous inutile d'insister dès à présent sur la thérapeutique que l'on doit instituer dans chaque cas particulier.

*Historique.*

Nous n'avons pas l'intention de faire l'historique complet de la question des dents à pulpe morte, car beaucoup de traitements, préconisés à 15 ans d'intervalle, se ressemblent presque absolument, et ne diffèrent que par quelques détails opératoires. Nous avons été obligé de faire un choix parmi les travaux qui nous ont paru les meilleurs, pour ne pas tomber constamment dans des redites ; aussi pourra-t-il nous arriver d'oublier quelques publications intéressantes sur ce sujet, et prions-nous d'avance leurs auteurs de vouloir bien nous excuser.

Si nous jetons un coup d'œil sur les ouvrages classiques, nous voyons que la dent morte, telle que nous la comprenons maintenant, n'était pas autrefois décrite à part. On en parle comme d'un état transitoire de la dent atteinte de pulpite chronique ou de périostite ; aussi les auteurs ne lui accordent-ils pas une place spéciale dans la pathologie dentaire. Cela tient sans nul doute à ce que les modifications radicales apportées à la thérapeutique dentaire par l'extraction de la pulpe n'avaient pas encore fait connaître suffisamment la fréquence des cas de pulpe morte.

Signalons, à ce propos, que ce sont les Américains Maynard et Baker qui, les premiers, démontrèrent l'utilité d'enlever complètement les débris dévitalisés contenus dans les racines dentaires et de désinfecter et stériliser les canaux [1].

Tomes, dans son *Traité de pathologie dentaire*, ne parle qu'en passant de la dent morte, et c'est comme traitement de la périostite qu'il donne les indications suivantes : « On commencera par nettoyer complètement la cavité de la pulpe et les racines, et l'on introduira un pansement d'acide phénique ou de thymol qu'on renouvellera chaque jour ». (Nous devons toutefois remarquer que cet ouvrage date de 1859.)

En 1874, le Dr Andrieu, dans la traduction du *Traité de l'art du dentiste* d'Harris et Austen, s'étend davantage sur le traitement de ces dents, mais c'est encore à propos du traitement de l'abcès alvéolaire : « S'il ne s'est pas encore formé, dit-il, d'ouverture à la paroi alvéolaire, et s'il en est encore temps, on enlèvera la pulpe de la dent, on élargira le canal de cette dent, et on le nettoiera. On se servira pour cela d'eau tiède, que l'on y projettera à l'aide d'une petite seringue, jusqu'à ce qu'on ait enlevé tous les tissus mortifiés. On substituera alors à l'eau tiède une des substances médicamenteuses susdites (créosote, acide phénique, iode), ou bien on en imbibera un fil de soie floche que l'on portera jusqu'au sommet de la racine à l'aide d'un stylet. Au bout de 36 ou 48 heures, selon

1. Th. Chupein, *Questions et réponses pour les étudiants-dentistes*, 25e leçon (*Dental Office and Laboratory*, 1897).

le caractère des symptômes, on répétera ce traitement, et dans l'intervalle on remplira la cavité de la couronne avec du coton.

Le Dr Cruet est le premier en France qui, dans sa thèse inaugurale (*Des caries dentaires compliquées*, Paris, 1879), ait bien décrit les dents à pulpe morte.

Voici, du reste, la description qu'il en donne : « Il semble au premier abord que rien ne soit plus facile que de définir l'état d'une dent dont la pulpe est détruite, d'une dent morte à la suite d'une carie pénétrante. Cependant, si l'on consulte les auteurs, si l'on cherche dans les discussions qui ont lieu chaque jour au sein des Sociétés dentaires anglaises et américaines, on ne voit pas que cette variété de carie compliquée ait été suffisamment précisée et surtout nettement séparée soit des caries compliquées de périostite alvéolo-dentaire chronique, soit de caries compliquées simplement d'inflammation aiguë ou chronique de la pulpe.

C'est ainsi que, lorsqu'on parle d'une dent dont la pulpe est morte, il est presque toujours question en même temps de lésion du périoste, de suppuration par le canal. Il est vrai qu'à pulpe morte correspond souvent périoste malade, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il est donc possible de préciser un état de la dent qui est le suivant : « La dent atteinte de carie pénétrante est, quelle qu'en ait été la cause, privée de sa pulpe, au moins de l'organe vivant et sensible, mais pouvant exister à l'état de débris mortifiés. La destruction de la pulpe est complète, mais on ne constate pas de lésion du périoste ni de suppuration par le canal ». En résumé, si nous nous sommes clairement expliqué, on ne peut nier que, dans les différentes circonstances que nous venons d'étudier, il y ait un état bien défini de la dent, sorte d'état intermédiaire, il est vrai, car il est d'observation que le périoste d'une dent privée de sa pulpe finira toujours par s'altérer, en l'absence d'une intervention rationnelle, soit par l'effet de la décomposition des débris de pulpe mortifiés, soit à la suite de la pénétration de liquides irritants à travers la cavité de la carie et des canaux dentaires. Mais cet état intermédiaire peut subsister assez longtemps pour prendre place en clinique et pour qu'il soit utile par conséquent d'examiner quel est le genre de traitement qu'il conviendra de lui appliquer.

« *Traitement.* — Le premier devoir du chirurgien, c'est d'enlever, à l'aide d'instruments convenables (tire-nerfs), autant qu'il est possible, tous les débris de pulpe plus ou moins altérés qui se trouvent dans la chambre pulpaire et les canaux dentaires, et de nettoyer à fond ces derniers. Faire une obturation immédiate, en se fondant uniquement sur l'absence de sensibilité de la pulpe, sans cette opération préalable, serait se ménager une déception certaine. Mais lorsqu'on a ainsi nettoyé la carie et débarrassé les canaux dentaires de leur contenu impur, il semblerait que l'obturation peut se faire sur l'heure et sans danger ; ce serait le cas si l'on avait la certitude absolue que le périoste n'a pas subi la moindre atteinte et ne sécrète aucun produit purulent ; mais c'est

là ce qu'il est souvent difficile de savoir en pratique. L'inflammation du périoste est parfois si limitée, la suppuration qu'il fournit est si peu abondante, que le malade n'a conscience de rien, que le chirurgien lui-même est dans l'impossibilité d'en affirmer l'existence, mais aussi de la nier. C'est pourquoi on peut établir en règle absolue qu'il faut pendant quelque temps traiter ces caries compliquées, comme si l'on supposait l'existence d'une lésion du périoste. »

Voilà donc une description bien nette de la dent à pulpe morte, et de son traitement. De nos jours, nous lui accordons une importance beaucoup plus considérable, car la périostite, les abcès, les fistules et les kystes dépendent presque toujours de cette mortification pulpaire, et le traitement de ces complications est absolument abandonné au traitement de la dent morte.

Le Dr Magitot, à qui nous devons de si remarquables travaux sur l'art dentaire, décrit la gangrène de la pulpe à propos de la périostite et des abcès. Le traitement se borne à l'application du drainage, imité du drainage chirurgical, et à la greffe dentaire dans les cas rebelles.

Coleman parle de la gangrène pulpaire et propose comme traitement l'application d'acide arsénieux à l'origine des canaux, après avoir bien nettoyé la cavité cariée avec de l'acide phénique.

En 1889 paraissent deux traités importants sur la pathologie dentaire, dans lesquels nous allons trouver décrites les méthodes actuellement en usage dans le traitement des dents à pulpe morte ; ce sont : le *Traité de Dentisterie opératoire* du Dr Andrieu, et l'*Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste* de Paul Dubois. Nous verrons dans ces travaux le détail du traitement classique des dents à pulpe morte.

Dans son *Traité de Dentisterie opératoire*, le Dr Andrieu, parlant de l'obturation des racines des dents à pulpe morte, dit que : « cette obturation peut être immédiate dans les canaux depuis longtemps privés de leur pulpe, lorsqu'il y a abcès alvéolaire avec fistule, et par conséquent communication entre la chambre pulpaire et la fistule.

« Dans tous les autres cas, elle doit être précédée d'un traitement *antiseptique* et *désinfectant* plus ou moins long, suivant les cas, jusqu'à l'assainissement complet du canal. »

Après avoir préparé la cavité et agrandi les canaux à l'aide de forets, on y introduit des mèches de soie floche imbibées d'un liquide antiseptique (solution de sublimé au 1/50, permanganate de potasse au 1/100, ou huile d'eucalyptus), puis on obture avec des cônes de gutta-percha ou des tiges de plomb.

« Lorsqu'il s'agit de canaux depuis longtemps privés de pulpe et remplis de détritus pulpaires, sans qu'il y ait communication avec un abcès accompagné de fistule, le traitement devient beaucoup plus difficile. Il y a deux méthodes : l'une par laquelle on arrive à assainir et guérir le canal seul, sans extension pathologique au périoste dentaire; l'autre qui consiste à ramener le cas à celui de la communication du canal avec un trajet fistuleux artificiel, en

désobstruant le foramen et en perforant la gencive et l'alvéole. »

Paul Dubois, dans son *Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste*, s'étend longuement sur le traitement de la carie du 4e degré et décrit la plupart des procédés actuellement en usage. Comme tous les dentistes possèdent cet ouvrage, nous croyons inutile de l'examiner en détail, car cela nous entraînerait trop loin.

En 1889, au Congrès dentaire de Paris, M. Amoëdo fait une communication sur le : *Traitement des dents mortes avec obturation immédiate des racines.*

L'auteur divise son travail en trois parties :

1° Traitement de dents mortes dont la pulpe a une partie morte et une partie vivante.

On doit d'abord bien nettoyer la cavité, réséquer la dentine ramollie et laver avec une solution tiède de permanganate de potasse à 1 pour 1.000.

On applique la digue de caoutchouc, et on dessèche la cavité. Si la dent est monoradiculaire, on enlève le plus possible de pulpe morte, puis on recouvre la carie de caoutchouc ordinaire au travers duquel on a fait passer l'aiguille d'une seringue hypodermique, qui sert à injecter dans le bout vivant de la pulpe une solution de cocaïne à 15 0/0. Trois ou quatre minutes après on peut extraire sans douleur le reste de la pulpe.

On arrête l'hémorragie avec de l'eau froide stérilisée, on sèche avec des cônes de papier japonais absorbant, et on applique quelques fils de soie floche imbibés d'acide phénique pendant 3 ou 4 minutes, après lesquelles on peut obturer définitivement avec d'autres fils imbibés de chloro-percha iodoformée.

Si la dent a plus d'une racine et si l'une de ces racines seule contient un reste de pulpe vivante, il faut traiter les racines mortes comme nous l'indiquerons dans la seconde partie, en obturant la cavité pulpaire avec du ciment, et en laissant libre l'entrée du canal dans lequel on trouve la pulpe vive, pour la traiter comme nous l'avons déjà dit.

2° Dents dont la pulpe est morte depuis quelque temps.

Tout d'abord il faut rendre les canaux bien accessibles, en réséquant la couronne autant qu'il paraît nécessaire de le faire.

On nettoie la carie, on met la digue, on sèche le canal ou les canaux, et on les nettoie le mieux possible. Pour les grosses molaires on agrandit les canaux avec les forets de Gates, en ayant soin de ne pas refouler de produits septiques au delà de l'apex. Puis on nettoie les canaux avec une solution de permanganate de potasse ; de l'eau phéniquée à 5/100, du peroxyde d'hydrogène ou tout autre désinfectant convenable, à l'aide d'une seringue à pointe fine. On sèche ensuite les canaux avec de l'air chaud ou le root-drier d'Evans, et on les stérilise avec une solution de bichlorure au 1/500. On fait alors l'obturation définitive avec de la gutta-percha iodoformée, puis on obture la cavité.

3° Dents mortes avec fistules alvéolaires.

On prépare la couronne et les canaux comme précédemment. On injecte ensuite, avec une seringue dont la canule est garnie de caoutchouc, une solution de permanganate qui doit ressortir par la fistule, en comprimant dans la cavité dentaire une boulette de cire molle, puis on obture. L'auteur dit, en terminant, n'avoir eu qu'un insuccès, dû à un traumatisme, sur 400 cas traités de cette façon.

M. Cunningham, de Cambridge, donne une statistique très détaillée, d'après laquelle il estime que l'obturation immédiate des dents sans pulpe doit être préférée à l'obturation tardive.

Le traitement consiste dans le nettoyage mécanique des canaux avec des forets, aussi loin vers l'apex que cela est nécessaire. La digue a été mise toutes les fois qu'il a été possible de le faire. Les médicaments employés ont été la solution à 1 0/0 d'acide arsénieux dans la glycérine ou le bichlorure de mercure.

L'obturation des racines a été faite avec de l'oxychlorure de zinc porté sur des mèches de coton.

En 1891, M. E. Balding présente un travail très consciencieux sur le traitement des dents mortes, à la Société des Etudiants, à l'Hôpital dentaire de Londres [1]. Comme cette question est fort bien traitée par l'auteur, nous pensons devoir en citer les passages importants :

« Les dents mortes se divisent naturellement en deux classes, savoir : 1° celles dont la pulpe a été détruite par l'application d'acide arsénieux ; 2° celles qui ont perdu leur vitalité avant que les sujets s'adressent au dentiste.

« 1° Les dents de la première classe ne nous retiendront pas longtemps. Ici nous avons affaire à des dents dont le canal ou les canaux ne sauraient jamais être dans une condition plus aseptique, et si l'on a retiré la pulpe avec soin, et convenablement obturé les canaux, la réussite est assurée. Il n'est pas de catégorie de dents plus favorable que celle-ci à l'obturation immédiate, et cette dernière constitue presque toujours le meilleur traitement à adopter. »

L'auteur parle ensuite de la préparation de la cavité pour arriver facilement sur la pulpe et dégager l'orifice des canaux. Il lave avec de l'alcool absolu ou une solution alcoolique de sublimé, puis il les dessèche à l'air chaud ou avec un fil métallique chauffé à la flamme d'une lampe à alcool. Si l'un des canaux est trop étroit et ne peut pas être nettoyé entièrement, on se contente d'en élargir l'orifice et d'y appliquer un antiseptique.

« 2° Les dents de la deuxième classe — celles qui ont perdu leur vitalité avant qu'on vienne nous consulter — peuvent se subdiviser en trois groupes, que nous examinerons successivement.

« *a*) La première subdivision comprend les dents qui, sans antécédent d'abcès alvéolaire, ont eu leur pulpe mortifiée soit par accident, soit par maladie. Dans ce cas, le contenu du canal est généralement en état de décomposition putride, et, si la chambre pulpaire est ouverte, du pus peut s'en écouler. Parfois, quand la

1. *Progrès dentaire*, mai 1891.

pulpe s'est mortifiée spontanément sans cause évidente, elle est dans un état semi-liquide, connu sous le nom de gangrène humide; moins souvent on la trouve ratatinée comme dans la gangrène sèche, et plus rarement encore elle peut avoir disparu complètement.

« Mais, quelle que soit la condition pathologique de pareilles dents, leur état réel n'est nullement aussi favorable que celui des dents considérées ci-dessus, et l'on ne saurait consacrer trop de temps à leur traitement.

« Comme toujours, on commence par enlever les débris détachés, et l'on nettoie le canal aussi bien qu'il est possible, en recourant tout le temps à l'emploi d'antiseptiques tels que la créosote, le peroxyde d'hydrogène ou le sublimé en solution au 1/250. Les parois du canal étant probablement ramollies et imprégnées du contenu putride, c'est le cas de se servir du foret de Gates; cet instrument doit être fin, et agir par des mouvements de va-et-vient, toujours en présence de l'antiseptique et en ayant soin de ne pas refouler les débris à travers l'orifice radiculaire. Cela fait, il faut dessécher parfaitement le canal avec de l'alcool absolu, puis avec la seringue à air chaud, l'alcool ayant la propriété de déshydrater les canalicules dentinaires et de leur faire absorber plus facilement l'antiseptique. Il faut alors choisir entre deux modes de traitement, en se guidant sur les circonstances de chaque cas particulier. S'il y a absence totale de signes de périostite ou de douleur quelconque, ou qu'on n'ait aucune raison de craindre un résultat fâcheux de toute autre cause, telle que résorption du côté de la racine, etc., on est parfaitement autorisé à faire immédiatement une obturation définitive. Mais si les conditions ne sont pas aussi favorables, et qu'on ait le moindre doute sur le résultat d'un semblable traitement, il vaut mieux patienter et faire un pansement à l'essence d'eucalyptus et à l'iodoforme.

« Ce mélange est préférable, selon moi, à celui de l'acide phénique et de l'iodoforme, parce que l'eucalyptus dissout l'iodoforme, et qu'en raison de sa grande volatilité il se diffuse dans tous les espaces laissés libres. On remplit alors la cavité de gutta-percha, et si, au bout d'une semaine, la dent reste tout à fait insensible, on peut faire l'obturation définitive. Dans le cas où l'on ne peut revoir le sujet et où il existe une légère irritation périostique, causée sans doute par la présence de matière septique, M. Coleman recommande le traitement suivant : bien nettoyer la cavité, la laver à l'acide phénique et déposer à l'orifice un petit disque de carton saturé d'acide phénique et portant sur la face regardant le canal environ 0 gr. 006 d'acide arsénieux. On recouvre cette coiffe d'oxychlorure de zinc, et l'on termine l'obturation avec de l'or ou de l'amalgame.

« *b*) La seconde subdivision comprend les dents à la racine desquelles un abcès subsiste ou est en voie de formation. Ici le traitement variera suivant la période où est arrivé l'abcès. Semble-t-il juste au-dessous de la gencive, ou peut-on en préciser nettement la position, on simplifiera beaucoup les choses en incisant ou forant

pour atteindre le sac, et en agissant comme si l'on avait affaire à un abcès avec trajet fistuleux. Si l'abcès n'est pas arrivé à une période justifiant ce mode d'action, on commence par nettoyer le canal aussi parfaitement qu'il est possible, et l'on introduit une boulette de ouate chargée d'un peu d'iodoforme ou de sublimé, que l'on renouvelle chaque jour jusqu'à ce qu'elle revienne propre et sans odeur. Certains praticiens conseillent d'insinuer un foret très fin jusqu'au delà du sommet radiculaire, pour déchirer le sac de l'abcès et soutirer le sang, puis de faire un pansement aussitôt que tout suintement a cessé. Bien que mon expérience ne soit pas très étendue, je dois reconnaître que cette manière de faire m'a donné d'excellents résultats dans quelques cas où je l'ai essayée ; mais, quelle que soit la méthode adoptée, je ne saurais conseiller l'obturation immédiate de la racine. Quelquefois cependant la force des circonstances peut nous obliger d'adopter quelques mesures immédiates ; or, la seule qui se présente à moi, en dehors de l'obturation radiculaire et du traitement de l'abcès extérieurement, est la rhizodontrophie, c'est-à-dire l'application d'une coiffe sur la cavité pulpaire, suivie de l'obturation de la dent ; mais il faut avoir soin ensuite de faire un petit canal, soit sur le côté de la dent, juste au-dessous et au travers du bord gingival ou au travers de l'obturation elle-même, pour arriver dans la cavité de la pulpe. Il importe en outre de badigeonner fortement à plusieurs reprises la gencive préalablement desséchée avec un mélange par parties égales de teinture d'iode et d'alcoolature d'aconit de Fleming ; ce moyen me semble utile comme préventif, après le traitement de toute dent où il y a menace d'inflammation.

« *c*) La troisième et dernière subdivision comprend les dents qui ont déterminé un abcès alvéolaire, lequel, après s'être ouvert, a laissé une fistule aboutissant généralement au sommet d'une pustule de 3 à 5 millimètres de diamètre. Un petit abcès superficiel se forme à tout propos, grossit, s'ouvre et disparaît pendant quelque temps, pour réapparaître incessamment. D'ordinaire, le sujet n'en souffre pas et n'en éprouve d'autre inconvénient que celui d'un échappement dans la bouche d'une suppuration d'odeur repoussante. La majorité de ces cas est justiciable d'un traitement immédiat, qui consiste à faire passer quelques gouttes de quelque antiseptique énergique dans toute la longueur du canal pulpaire et du trajet purulent, puis à obturer d'une façon définitive aussi bien la racine que la couronne. Voici, selon moi, le mode opératoire le plus simple et le plus satisfaisant : on commence par nettoyer le canal aussi bien qu'il est possible et l'on résèque avec soin et complètement la paroi immédiate, avec un foret de Gates ; puis on insinue une broche très fine jusqu'au delà de l'orifice radiculaire et l'on dessèche le canal. Cela fait, on enfonce l'aiguille d'une seringue hypodermique le plus loin possible dans le canal, sans exercer de force, et l'on tasse soigneusement tout autour de l'aiguille de la gutta-percha ; prenant alors la seringue préalablement remplie de l'agent antiseptique, on la visse sur l'aiguille, et,

avec très peu de pression, on verra presque aussitôt le liquide injecté sourdre à l'orifice gingival de la fistule. Le meilleur antiseptique pour ces cas est l'acide phénique fort, car l'escarre blanche qu'il produit indique le moment où il atteint la gencive, et parce qu'en raison de son énergie il cautérise la membrane interne du trajet fistuleux et y fait développer rapidement des granulations de bonne nature. Certains praticiens préfèrent employer un agent moins puissant, comme la créosote ou le peroxyde d'hydrogène ; mais avec ces derniers il est nécessaire de faire passer un assez bon courant à travers le canal avant de procéder à l'obturation, et même alors le traitement n'est ni aussi sûr ni aussi rapide. Avec l'acide phénique il suffit de voir apparaître une goutte sur la gencive, pour que la guérison soit assurée. Cela fait, on retire la seringue et la gutta-percha environnante, on déshydrate le canal avec de l'alcool absolu, on le badigeonne de sublimé, et, après une nouvelle dessiccation, on fait l'obturation définitive aussi bien de la racine que de la couronne.

« A défaut de seringue hypodermique, on peut enrouler du coton autour d'une broche, l'imbiber d'acide phénique, et la faire aller et venir, comme un piston, jusqu'à ce que l'escarre blanche apparaisse sur la gencive. Il y a environ six semaines, j'aurifiai une centrale supérieure compliquée d'un abcès autour de la racine, et d'une fistule, après le traitement ci-dessus et l'obturation immédiate des racines avec des cônes de gutta-percha, et le résultat fut des plus satisfaisants. Si l'abcès date de très longtemps, la racine a pu être le siège d'une résorption variable. Quelquefois, quand on enlève une dent qui a résisté à tous les autres moyens, on constate la disparition d'une petite portion de la pointe radicalaire ; or il est raisonnable de supposer que c'est là ce qui arrive le plus souvent aux dents qui refusent de guérir, et la seule alternative est alors d'essayer le traitement radical. »

En avril 1892, nous avons publié dans la *Revue Odontologique de France* un travail sur le traitement des dents à pulpe morte compliquées d'abcès volumineux [1].

Dans ces cas le traitement a pour but :

1° D'obturer la dent et de lui permettre de reprendre ses fonctions physiologiques ;

2° De débarrasser l'abcès du pus qu'il contient, en créant une ouverture artificielle, à moins qu'il n'existe une fistule, et ensuite de modifier la membrane pyogénique ou le trajet fistuleux, de façon qu'il tende à la cicatrisation. Qu'a-t-on proposé pour cela ? Des injections médicamenteuses poussées dans les canaux dentaires, préalablement nettoyés, et sortant par la fistule. C'est là sûrement un excellent procédé, mais applicable surtout aux petits trajets fistuleux. Si la fistule correspond à un vaste foyer d'abcès, il semble difficile que l'on puisse atteindre toutes les parties de la poche purulente, à moins d'injecter une forte dose de médicament,

1. Dr Nux, *Revue Odontologique*, avril 1892.

ce qui peut devenir dangereux, surtout lorsqu'on se sert d'acide phénique fort, ainsi que le recommande M. Balding. Nous citerons plus loin un cas malheureux qu'il nous a été donné d'observer après l'application de ce traitement.

Le traitement que nous proposons pour ces cas est à la fois simple et rationnel. Il diffère des autres en ce que, au lieu de traiter à la fois la dent et la fistule, en faisant passer par la dent les médicaments nécessaires à la guérison de la fistule, nous obturons tout d'abord la dent, et nous attaquons la fistule par son orifice externe.

La dent une fois obturée jusqu'à l'apex avec toutes les précautions nécessaires au point de vue de l'antisepsie, nous ne voyons pas qu'elle puisse être à nouveau la cause d'accidents. Le traitement n'a donc plus qu'à s'attaquer à la fistule ou à la poche de l'abcès, ce qui simplifie singulièrement la thérapeutique et évite toutes les complications nécessitées par l'introduction des aiguilles de seringues hypodermiques dans les canaux, et l'écoulement possible des liquides médicamenteux dans la bouche.

Nous employons, dans ce but, le thermo-cautère de Paquelin pour l'ouverture des abcès, l'agrandissement et la cautérisation des trajets fistuleux.

Suivent trois observations d'après lesquelles on peut voir que la guérison a été obtenue dans un temps assez limité, et nous sommes persuadé que l'on pourrait arriver à traiter ainsi en une ou deux séances les dents compliquées d'abcès ; mais cela n'aurait d'intérêt que pour quelques cas bien déterminés, et nous croyons plus prudent, lorsque cela est possible, de prendre le temps nécessaire pour faire avec soin les trois temps de l'opération, en accordant à chacun d'eux une séance, comme nous le décrivons ci-dessous :

1° Préparation de la cavité, nettoyage des canaux, pose de mèches médicamenteuses, et ouverture de l'abcès au thermo-cautère ;

2° Enlèvement des mèches, nettoyage de nouveau des canaux, séchage et obturation. Production du vide par la pression dans le foyer de l'abcès ;

3° Obturation définitive.

Ce traitement a comme avantage sur ceux déjà proposés, sa facilité d'exécution, et, par suite, une économie de temps.

Il peut être employé dans tous les cas d'abcès fistuleux pouvant se présenter dans la pratique, mais il est surtout recommandable dans les cas où l'on a à traiter de grands abcès, car il est douteux qu'avec des injections passant par le canal radiculaire, on arrive à cautériser de grandes poches purulentes. Il faudrait dans ce cas injecter une assez forte dose de médicament, et cela peut causer de sérieux désagréments, ainsi que nous avons pu le constater sur une malade à laquelle on avait fait une injection radiculaire avec de l'acide phénique pur. Le médicament, mis en trop grande abondance, avait amené, à sa sortie de la fistule, une escarre de cinq à six millimètres de large, sur deux de profondeur.

Cela s'était accompagné d'œdème de la lèvre, et de douleurs violentes ayant duré près de deux jours. C'est, du reste, pour cette escarre que la malade vint nous trouver.

Nous avons tenu à publier ces observations pour montrer les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du thermo-cautère dans des cas semblables à ceux-ci, et même pour l'ouverture des abcès dentaires de petit volume.

L'ouverture faite par une pointe de feu n'a pas de tendance à se refermer aussi vite que celle faite par un bistouri, car elle s'accompagne d'une perte de tissu qui met quelque temps à se reproduire et permet ainsi à la poche de l'abcès d'être complètement cicatrisée avant la fermeture de l'orifice qui sert à l'évacuation du pus.

En 1893 le Dr Schreier, de Vienne, fait une communication sur un « Nouveau moyen de rendre le contenu ichoreux des canaux radiculaires inoffensif, par décomposition chimique ».

Il se sert pour cela d'un produit qu'il a composé et qu'il appelle kalium (C'est un mélange de sodium et de potassium). Ce composé saponifie les résidus pulpaires, et, en les rendant solubles, facilite le nettoyage des canaux qu'il stérilise en même temps. On fait une première application, puis une deuxième trois jours après.

L'auteur ne s'attache pas outre mesure au parfait nettoyage du canal, pensant que la stérilisation est complète après qu'on a employé le kalium.

On doit introduire le médicament avec une broche trempée ressort, et on le mélange par des mouvements de va-et-vient avec les débris contenus dans le canal. Il se produit aussitôt un petit bruit de sifflement, dû à l'inflammation du potassium au contact des substances aqueuses contenues dans la racine.

Il faut avoir soin de changer de temps en temps les broches, qui deviennent cassantes lorsqu'elles ont servi plusieurs fois.

Le Dr Schreier a obtenu avec ce moyen des résultats plus rapides, et n'a pas observé d'inconvénients du côté de l'alvéole. Il pense qu'avec un peu de soin on peut arriver à stériliser certains points des canaux qui, avec les procédés actuels, sont inaccessibles, et que l'on peut ainsi traiter des dents qui seraient au-dessus des ressources de l'art.

Presque en même temps le Dr Black publie (dans le *Catching Compendium*) un traitement des canaux radiculaires.

Si la dent morte est indolore, il applique la digue, nettoie parfaitement la couronne et la cavité avec le mélange désinfectant suivant :

| | |
|---|---|
| Acide phénique | 1 partie |
| Essence de cassia | 2 parties |
| — de wintergreen | 3 — |

qui lui sert à nettoyer les canaux lorsqu'ils ont été bien ouverts et agrandis. S'ils sont vides, il y introduit une mèche imbibée du mélange ci-dessus, ferme la cavité avec de la gutta et renvoie le

patient à huit jours, à moins que des accidents ne l'obligent à revenir plus tôt, et l'obturation définitive est faite.

Pour les abcès fistuleux le traitement est le même, mais le nettoyage se fait avec de l'éther ou du peroxyde d'hydrogène.

Pour les abcès borgnes, même traitement, et obturation à la deuxième séance, à moins de complication.

L'auteur conseille de ne pas obturer une racine tant que la dent est douloureuse au toucher; il vaut mieux renouveler le pansement, et attendre. Il dit, en terminant, que les cas difficiles exigent une grande variété de traitements pour répondre aux indications spéciales qui peuvent se présenter.

Quelque temps après M. Kirk, de Philadelphie, lit à la Société dentaire de New-York un travail sur le peroxyde de sodium, comme agent de blanchiment des dents, et comme antiseptique.

Nous n'allons parler que de son utilisation pour le traitement des canaux.

« J'ai employé, dit l'auteur, pour le traitement des dents sans pulpe avec putridité du contenu canaliculaire, des solutions variables, depuis la saturation complète jusqu'à la solution au 1/20. L'exemple le plus frappant des précieuses propriétés de ce composé, qui lui donneront, je crois, une place importante dans notre pharmacopée, c'est l'effet obtenu dans les cas de putréfaction du contenu canaliculaire, alors que tout le tissu dentinaire est pénétré et coloré par les produits infects de décomposition de cette matière organique, et qu'il y a souvent un abcès consécutif.

Dans le traitement d'un cas de ce genre, je lave largement la cavité pulpaire et les canaux avec une solution forte à 50 0/0 ou même saturée de peroxyde de sodium, après avoir, bien entendu, mis la digue en place pour prévenir le contact de la solution avec les tissus mous de la bouche. L'activité du composé se manifeste par le dégagement gazeux qui a lieu exactement comme avec le peroxyde d'hydrogène employé dans les mêmes conditions, et l'on voit tout le tissu carié et altéré dans sa coloration, blanchir rapidement au contact du médicament.

A cette action décolorante du peroxyde de sodium vient s'ajouter sa remarquable propriété saponifiante et dissolvante. Les petits filaments de tissu pulpaire et de matière organique en état de décomposition putride se détachent des parois des canaux et des canalicules, et sont saponifiés.

Ce composé jouit donc de la propriété de déterger mécaniquement l'organe, de le stériliser parfaitement, et de le blanchir, tout en dissolvant les débris organiques et les graisses. J'ai pris l'habitude de neutraliser l'alcali dans les dents ainsi traitées, en y introduisant pour un moment un peu d'ouate imbibée d'acide chlorhydrique ou sulfurique affaibli; puis, après lavage et dessiccation à l'air chaud, je fais une obturation immédiate, et sur un nombre considérable de dents traitées de la sorte je n'ai jamais vu survenir d'irritation péricémentaire, se traduisant même par

la moindre sensibilité. Pour les dents de la mâchoire supérieure, mon procédé ne diffère que par la substitution des fibres d'amiante au coton, qui se désagrège rapidement sous l'action d'une solution concentrée du composé. » (*Dental Cosmos*, Mars 1893.)

Pour enlever tous les débris de pulpe morte et nettoyer les canaux d'accès difficile, M. Callahan[1] se sert d'une solution d'acide sulfurique à 40 ou 50 0/0. On en met une goutte à l'entrée de chaque canal, puis, avec un Donaldson assez fort, on nettoie le canal par des mouvements de va-et-vient. On neutralise ensuite l'acide par une solution saturée de bicarbonate de soude.

On dessèche les canaux et on peut les obturer immédiatement, à moins qu'il n'existe des signes d'inflammation périostique.

La même année, M. W. Sachs, de Breslau, présente une méthode sur l'obturation immédiate des racines :

L'auteur constate que l'obturation des racines est une des opérations les plus fréquentes et les plus importantes de la chirurgie dentaire, et que malheureusement dans sa pratique il n'a trouvé que 10 0/0 de dents précédemment obturées par d'autres dentistes, dont les canaux présentaient une obturation.

Il pense que cela tient au nombre de séances, variant de 3 à 8, qu'exige le traitement habituellement en usage, et que le praticien et le patient ne sauraient se soumettre à cette perte de temps.

Il cite divers auteurs qui se sont occupés avant lui de l'obturation immédiate des racines :

D'abord *Hess*, qui en 1884 publie une méthode sur ce sujet, et signale des résultats très favorables ;

Puis Stockwell, *Traitement et obturation des canaux radiculaires en une seule séance* (*Archivs of Dentistry*, 1886) ;

Paller, *Obturation immédiate des canaux radiculaires* (*Independant Practitionner*, 1888) ;

Ottofy, *Das Füllen pulpaloser Zähne in einer Sitzung* (*Corresp. Blatt. f. Zahnärzte*, 1888) ;

Cunningham, de Cambridge, qui dans sa statistique affirme que l'obturation immédiate des racines entraîne : 1° moins d'échecs et moins d'extractions ; 2° une inflammation plus rare du périoste, détermine moins d'abcès et par suite moins de douleurs ; 3° exige moins de temps pour la préparation, la durée moyenne étant fort au-dessous d'une heure.

M. Sachs confirme les propositions ci-dessus et se croit autorisé, par une expérience personnelle de dix années, à recommander l'obturation immédiate.

Il faut remarquer tout d'abord que les résultats favorables dépendent plus de la mécanique et de la chirurgie spéciale, que de la thérapeutique ordinaire.

Voici le manuel opératoire qu'il décrit :

---

1. *Emploi de l'acide sulfurique pour la préparation des canaux radiculaires*, par le Dr Callahan, de Cincinnati. (Travail lu à la Société dentaire de l'État de New-Jersey.)

1° *La pulpe vient d'être détruite par l'acide arsénieux.* On prépare la cavité de façon à pouvoir bien pénétrer dans les canaux, puis on met la digue.

On enlève les débris radiculaires à l'aide d'un fin Donaldson humecté d'acide phénique. On sèche les canaux, on les nettoie avec du coton imbibé d'acide phénique alcoolisé et on sèche de nouveau. On badigeonne les parois des canaux avec un ciment composé de deux parties d'oxyde de zinc et d'une partie d'iodoforme, auquel on mélange une goutte d'acide phénique, d'essence de girofle, de créoline ou d'un antiseptique quelconque, de façon à obtenir un mélange de consistance crémeuse, puis on obture les racines avec des cônes de gutta-percha.

Si tous les canaux ne sont pas perméables, il suffit de laisser à l'orifice un peu de ciment antiseptique que l'on fait pénétrer avec un gros fragment de gutta mis dans la cavité pulpaire et pressé avec un fouloir à amalgame.

Dans quelques cas, au bout d'un jour ou deux on constate à la percussion une sensibilité légère, qui ne tarde pas à disparaître sous l'influence de badigeonnages de la gencive avec de la teinture d'iode et d'aconit.

2° Lorsque la pulpe est gangrenée ou momifiée sans présenter de signes de périodontite, on prépare la cavité comme ci-dessus, on met la digue, et on commence le nettoyage des canaux avec des Donaldson très fins, puis de plus en plus gros, en ayant bien soin de ne pas dépasser l'apex pour éviter l'introduction de matières septiques au delà de l'orifice radiculaire. Les mèches médicamenteuses doivent être suffisamment petites pour ne pas se tasser dans le canal et faire l'office d'un piston de seringue.

3° Si la dent morte présente une fistule gingivale, le résultat sera satisfaisant, même en apportant moins de soins à l'opération. Une partie du contenu septique du canal a-t elle pénétré dans l'alvéole, elle sortira par la fistule. Il y a dans ce cas avantage à envoyer dans l'alvéole beaucoup de l'agent antiseptique. L'obturation radiculaire consiste, dans tous les cas, en ciment iodoformé et en filaments de gutta-percha, et simplement de ciment iodoformé pour ceux que l'on ne peut nettoyer jusqu'à l'extrémité.

Si une aurification doit se faire, on peut la faire immédiatement.

L'obturation immédiate n'est pas indiquée quand il existe de la sécrétion ou une périodontite aigüe. En pareils cas, il faut nettoyer soigneusement les canaux, et faire de 3 à 6 pansements antiseptiques, avant de songer à obturer les canaux suivant les règles ci-dessus. Le mélange d'acide phénique, d'éther et d'iodoforme, a donné à l'auteur les meilleurs résultats.

Nous pouvons rapprocher du travail précédent celui de M. Adam Flicklinger, de Saint-Louis, sur les dents et racines sans pulpe et leur traitement.

L'auteur emploie quelques nouveaux moyens que nous allons décrire, bien que la technique opératoire reste la même.

Les débris pulpaires sont enlevés avec soin avec un extracteur barbelé, les canaux lavés à l'eau tiède et avec la solution d'acide sulfurique à 10 p. 100, que l'on maintient dans les canaux pendant 24 heures.

Puis on met la digue et on introduit un fil électrique dans la racine pour la dessécher à l'aide d'un courant alternatif, et on injecte du thymol ou du cassia ; on fait repasser ensuite le courant pour faire absorber le médicament. Il se produit de petites étincelles électriques au contact de l'essence, et la chaleur seule suffirait pour détruire tous les germes qui pourraient se trouver dans les racines.

On remplit alors la partie supérieure ou apicale de la racine avec une pâte composée d'alun, de thymol, de glycérine et d'oxyde de zinc, que l'on porte sur une vieille broche débarbelée, puis on met de la gutta pour fermer les canaux.

L'auteur ajoute : « Pour les dents et racines contenant des pulpes putrescentes sans abcès ni ouverture externe, je recours au même traitement, en écartant cependant la créosote et l'acide phénique, et procédant avec l'acide sulfurique, les essences et le fil électrique.

« J'ai appliqué cette méthode dans tous les cas, dans toutes les conditions et périodes d'inflammation et d'ulcération, dans les cas aigus et chroniques.

« J'ai traité racine et dent immédiatement, alors qu'il existait encore une légère périostite avec tuméfaction de la face... On m'accusera peut-être d'être allé aux extrêmes, mais les résultats ont été favorables et la fin a justifié les moyens. »

Après les travaux de ces partisans convaincus de l'obturation immédiate, il nous semble curieux de signaler celui de M. Nixon, qui a été lu en 1897 à la Société des Etudiants de l'Hôpital dentaire de Liverpool[1].

Celui-ci, de nouveau, préconise la méthode usuelle et fait des pansements iodoformés jusqu'à cessation de la suppuration, après quoi il obture les racines.

Quant à l'obturation immédiate, il l'a vu faire, il a vu l'opérateur presque mort de frayeur, et cela lui suffit.

Il y a sûrement un peu d'exagération dans l'appréciation de cette méthode, qui donne cependant des succès. Les partisans de l'obturation immédiate ont seulement le tort de vouloir l'appliquer à tous les cas indifféremment et de ne pas se préoccuper suffisamment des lésions alvéolaires qui peuvent exister et amener par la suite des accidents. Une fois ces contre-indications bien déterminées, nous pourrons, je crois, employer plus fréquemment une méthode qui nous permettra d'abréger notre travail, tout en obtenant les mêmes résultats.

Dans tous les travaux que nous venons d'examiner, nous voyons qu'on ne parle jamais de la dent morte compliquée de kyste radiculaire. Le Dr Martin, de Lyon, a proposé pour cela la résection du

---

1. *Progrès Dentaire*, février 1897.

bout radiculaire à l'aide du trépan et en a retiré de bons effets.

Nous avons nous-même, en 1896, publié un travail sur le traitement des kystes radiculo-dentaires (*Monde Dentaire*, mai 1896). Nous étant toujours bien trouvé de l'emploi du thermo-cautère pour le traitement des abcès, nous l'avons employé pour le traitement des kystes dentaires.

Ayant à traiter une dent quelconque possédant un kyste radiculaire, nous commençons d'abord par enlever l'obturation si elle existe encore, puis nous ouvrons largement la chambre pulpaire. Cela fait, nous nettoyons parfaitement les canaux, et mettons des mèches antiseptiques, puis un pansement serré, avec une teinture résineuse. Ensuite, à l'aide du thermo-cautère, nous faisons, au niveau de la partie la plus renflée du kyste dont la paroi se trouve ordinairement plus mince à cet endroit, une pointe de feu profonde arrivant jusqu'à la coque osseuse. Si celle-ci est mince, on peut la traverser facilement en faisant une deuxième pointe de feu. Si elle résiste, à l'aide d'un foret de la grosseur de la pointe du thermo-cautère, nous y pratiquons une ouverture par laquelle nous faisons de nouveau pénétrer la pointe du cautère jusqu'à la racine, de façon à bien ouvrir le kyste et à détruire les tissus malades qu'il contient.

Le lendemain les canaux sont de nouveau nettoyés et obturés complètement à la gutta-percha, et l'obturation définitive est faite. On peut, au besoin, si l'orifice paraît s'être refermé, refaire une seconde pointe de feu. Ce traitement est excessivement rapide, et réussit très bien.

Cette ouverture du kyste au thermo-cautère, qui met quelque temps à se fermer, permet aux exsudats inflammatoires et à la suppuration, s'il y en a, de s'éliminer facilement, et c'est à cela seul que tient le succès de l'opération. On n'a pas à craindre de périostite par rétention, et on agit efficacement car on s'adresse directement au mal.

La cautérisation ignée, après avoir détruit le contenu du kyste, amène une cicatrisation rapide, et la coque osseuse s'affaisse au bout de peu de temps, au moins pour ce qui est des kystes gros comme une noisette. Pour des kystes plus volumineux il vaudrait mieux, croyons-nous, recourir à l'extraction de la dent et à l'écrasement des parois du kyste, sans chercher à conserver la dent malgré tout.

Disons, pour terminer, que ce traitement ne peut guère s'appliquer facilement que jusqu'à la deuxième grosse molaire, car il n'est pas facile d'atteindre plus loin sans risquer de brûler les lèvres ou la joue des malades.

Nous sommes persuadé qu'il pourra rendre des services si l'on a soin de nettoyer parfaitement les canaux avant de les obturer et de n'employer que des forets ou des trépans scrupuleusement stérilisés. Sans cette précaution on ne ferait qu'aggraver l'état local, en apportant dans la plaie des germes septiques, et l'opération ne donnerait que des résultats négatifs si l'on se conten-

tait de cautériser le kyste sans nettoyer et obturer les racines[1].

Au mois d'août 1897, M. de Marion propose le formaldéhyde associé à l'essence de géranium, pour la désinfection des canaux radiculaires.

Voici en résumé la technique opératoire employée : la chambre pulpaire et les canaux sont nettoyés le mieux possible. On introduit ensuite des mèches imbibées de formaldéhyde dans les canaux ; puis, à l'aide d'un fil d'argent chauffé par le thermo-cautère, on volatilise le formaldéhyde resté dans les canaux. On fait cela deux ou trois fois de suite, puis on met dans les racines des mèches imbibées de formol-géranium et on fait un pansement occlusif. On obtiendrait de bons résultats par l'usage d'un puissant antiseptique tel que le formol, et l'essence de géranium aurait la propriété de ne pas irriter le ligament alvéolo-dentaire, comme les essences de cannelle et autres.

Avant de terminer cette étude déjà longue, nous allons analyser rapidement une monographie sur le traitement des dents sans pulpe, publiée par la *Société Odontologique* de Chicago. Elle a été faite dans le but de présenter aux dentistes les méthodes usuelles et véritablement pratiques qui pourront leur être utiles pour le traitement de ces dents.

1° Dents à pulpe récemment dévitalisée. Une fois les canaux bien nettoyés, et tous les débris pulpaires parfaitement enlevés, on tasse dans les racines des mèches imbibées d'eugénol ou d'acide phénique au 1/20, on fait une obturation provisoire à la gutta, qui reste en place deux ou trois jours, jusqu'à la disparition de toute sensibilité, puis on obture les canaux.

2° Dents dont la pulpe est mortifiée depuis quelque temps sans complication d'abcès ni sensibilité du côté de la racine.

Ces dents doivent être traitées comme celles de la première classe, mais le nettoyage des canaux réclame plus de soins pour éviter de repousser des matières septiques dans l'alvéole. Il faut, de plus, les traiter plus longtemps avec des désinfectants pour être sûr de ne pas y laisser de subtances délétères après leur obturation.

3° Dents mortes compliquées d'abcès borgne.

On met la digue, on fait le nettoyage de la pulpe et des canaux avec des mèches très fines pour éviter l'infection alvéolaire, puis on injecte les canaux avec du peroxyde d'hydrogène ou de la liqueur de Labarraque, on les dessèche et on met des mèches imbibées d'eugénol ou d'acide phénique au 1/20. La cavité est fermée à la gutta, et au bout de trois jours on retire le pansement, que l'on répète tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que les mèches ressortent propres. On obture alors les canaux.

4° Dents mortes avec abcès fistuleux.

On injecte dans la dent avec une seringue une solution phéniquée au 1/20 qui doit ressortir par la fistule.

1. Dr Nux, *Traitement des kystes radiculo-dentaires* (*Monde dentaire*, mai 1896).

On tasse ensuite du coton antiseptique dans les canaux, on met une gutta provisoire, et 8 à 10 jours après on obture, si la fistule paraît guérie.

*Conclusions.*

Comme nous le disions au début de ce travail, presque tous les traitements que nous venons de voir ne diffèrent que par quelques questions de détail.

Tout le monde est d'avis sur ce point que, pour arriver à obturer sans accident une dent à pulpe morte, il faut d'abord que les canaux soient scrupuleusement propres et aseptisés, qu'aucune parcelle de pulpe putréfiée ne soit envoyée dans l'alvéole pendant le nettoyage et que la suppuration radiculaire soit arrêtée.

Deux méthodes sont en présence :

1° La méthode classique, qui consiste à faire des pansements antiseptiques répétés, jusqu'à ce que les mèches que l'on met dans les racines ressortent propres et sans odeur, ce qui est la preuve certaine que les canaux ne contiennent plus de débris pulpaires mortifiés et que l'écoulement séreux ou purulent que fournissaient le ligament alvéolo-dentaire et l'alvéole est arrêté.

2° La méthode de l'obturation immédiate, — qui se distingue de la première en ce que le nettoyage et l'antisepsie des canaux étant toujours scrupuleusement faits, on obture la racine et la dent dans la première séance.

Si nous examinons de près les détails de ce traitement immédiat, nous verrons que les auteurs accordent une grande importance au manuel opératoire, et avec raison du reste, car s'ils obtiennent des résultats c'est à cela seul qu'ils le doivent. Ils ne s'occupent guère que de la dent elle-même, et semblent dire que, si elle a été bien préparée, le succès est certain.

Cela est vrai dans certains cas favorables où il n'existe pas de suppuration radiculaire. Cet exsudat qui coule par les racines provient du ligament alvéolo-dentaire ou des parois alvéolaires irritées, et quelquefois même infectées par les produits septiques contenus dans les canaux.

Or, deux cas peuvent se présenter :

1° L'exsudat n'est pas septique avant son passage dans la dent. Il provient seulement de ce que les tissus vivants contenus dans l'espace apical de Black cherchent à se séparer des tissus mortifiés de la dent et tâchent de se cicatriser par la formation de bourgeons charnus et d'un exsudat inflammatoire.

2° L'exsudat contient des germes septiques. — Le ligament peut, en effet, avoir été infecté par les débris pulpaires mortifiés ou par les microbes qu'ils contiennent. Il n'est pas survenu d'abcès parce que le foramen s'est trouvé perméable, et que la suppuration a pu couler par le canal.

Il est évident que dans le premier cas on pourra avoir des succès en faisant l'obturation immédiate, car il n'y a pas de germes dans l'alvéole.

Dans le second, au contraire, on peut compter sur un insuccès dont les résultats pourront varier entre une périostite légère ou une suppuration considérable, suivant le tempérament du sujet.

*Or, il est jusqu'à présent cliniquement impossible de savoir, en examinant une dent morte non atteinte de périostite, si l'alvéole est infecté ou non.*

Comme il peut arriver dans certains cas, malgré tous les soins que l'on aura pris, de voir un patient revenir avec une fluxion, alors qu'on lui a promis une guérison rapide et certaine, beaucoup d'opérateurs hésitent à faire l'obturation immédiate, qui pourrait peut-être se généraliser si l'on pouvait établir d'une façon sûre quels sont les cas bien définis dans lesquels on peut l'employer avec sécurité.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons qu'il vaut mieux prendre à chaque méthode ce qu'elle a de bon et faire varier notre traitement suivant chaque cas particulier.

Si nous avions à donner notre opinion personnelle, nous dirions que le traitement des dents mortes peut se résumer ainsi :

1° Les dents mortes avec trajet fistuleux peuvent s'obturer immédiatement;

2° Les dents mortes avec abcès peuvent s'obturer immédiatement si l'abcès est ouvert. S'il ne l'est pas, il faut avoir le soin de l'ouvrir au thermo-cautère ;

3° Dents mortes sans abcès ni périostite. Ici l'obturation immédiate peut donner des résultats douteux, et nous préférons la méthode classique.

Nous avons tâché, dans ce rapport, de faire une mise au point aussi exacte qu'il est possible du traitement des dents à pulpe morte. Cette question est trop importante pour pouvoir être traitée en quelques pages ; aussi notre intention a-t-elle été de fournir simplement les éléments nécessaires à la discussion qui va commencer et qui ne fera qu'éclairer encore ce sujet, toujours intéressant pour notre profession.

---

## TROISIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

**(Session de Paris, 28, 29 et 30 octobre 1897.)**

Nous publions dans les *Travaux originaux* les deux remarquables rapports présentés au Congrès et nous donnons ci-dessous le détail des vœux soumis à cette assemblée.

### VŒUX ET RÉSOLUTIONS

Le troisième Congrès Dentaire National, réuni en séance le 30 octobre, sur la proposition de M. Godon, rapporteur, au nom de la Commission spéciale, adopte les vœux qui suivent et charge le Bureau du Congrès nommé à cette séance de les transmettre aux Pouvoirs publics compétents et d'en poursuivre la réalisation :

1° Vœu pris en considération à la suite de la première séance (28 octobre): que, par une disposition additionnelle à la loi militaire de 1889, réglementant la situation militaire des chirurgiens-

dentistes, la dispense de deux ans de service militaire accordée par le paragraphe 2 de l'article 23 de la loi militaire de 1889, ainsi conçu : «...2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir « soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire... », soit applicable au diplôme de chirurgien-dentiste délivré par les Facultés de Médecine de France.

2° Vœu que les chirurgiens-dentistes, pour leur période d'instruction militaire de 28 et de 13 jours, soient appelés à titre de médecins auxiliaires. (*Proposition Vichot et Lévêque.*)

M. Siffre estime que tous les chirurgiens-dentistes doivent être assimilés aux médecins auxiliaires.

3° Vœu de M. Monin : 1° qu'il soit délivré aux médecins militaires une trousse assez complète pour leur permettre de faire les opérations courantes et de donner les soins de bouche indispensables ; 2° que M. le Ministre de la Guerre et M. le Directeur du Service de santé militaire mettent à la disposition des médecins militaires, en temps de paix, comme infirmiers, des élèves des écoles dentaires appelés sous les drapeaux ; 3° qu'en temps de guerre les dentistes appartenant à la réserve et à l'armée territoriale soient affectés au service d'infirmiers dans les hôpitaux et ambulances, pour y donner leurs soins aux blessés ; 4° qu'il soit créé dans chaque école de santé militaire une chaire d'Odontologie, un service de chirurgie pratique, que les études techniques et théoriques de la chirurgie dentaire soient imposées aux élèves et forment, lors de l'examen de sortie, l'objet d'interrogations au même titre que les autres parties du programme médical.

Vœu approuvé à l'unanimité. (Il avait déjà été approuvé une première fois à l'unanimité au congrès de Nancy).

4° Vœu que le troisième examen de chirurgien-dentiste comprenant les épreuves pratiques soit supprimé pour les diplômés des Ecoles dentaires, comme cela a eu lieu à la première session d'examen en 1893, étant donné l'impossibilité d'organiser actuellement ces épreuves d'une manière satisfaisante dans les établissements officiels. (*Proposition Godon.*)

5° Vœu que les chirurgiens-dentistes soient appelés à exercer les fonctions de dentistes dans les hôpitaux, au même titre que les docteurs en médecine. (*Proposition Godon.*)

6° Vœu que le titre du Congrès soit désormais : Congrès National d'*Odontologie*, au lieu de Congrès Dentaire *National*. (*Proposition G. Viau et Bonnard.*)

7° Renvoi aux Sociétés professionnelles, d'un vœu de M. Brodhurst, de Montluçon, tendant à la constitution d'un Annuaire dentaire.

8° Vœu qu'il soit nommé une commission chargée d'élaborer un projet de fédération de toutes les Sociétés de dentistes de France, et de déposer son rapport au congrès de 1898. (*Proposition Stévenin.*)

9° Vœu que la loi sur la pharmacie comprenne les chirurgiens-

dentistes parmi les personnes habiles à prescrire des ordonnances. (*Proposition Stévenin.*)

10° Vœu que dans les Congrès futurs les Bureaux tiennent à la disposition des congressistes des formules imprimées devant servir à adresser aux membres présents ou absents, *auteurs de communications* intéressantes, des votes de remerciements signés du Président et du Secrétaire général, comme cela a lieu dans les congrès anglais. (*Proposition Choquet.*)

11° Refus de se prononcer sur un vœu proposé par M. Levadour, relatif au titre de chirurgien-dentiste, un procès étant pendant sur cette question.

12° Refus de se prononcer sur un autre vœu présenté par le même membre, et tendant à réclamer l'obligation pour les étudiants-dentistes d'obtenir le diplôme des Ecoles dentaires avant de se présenter à l'examen des Facultés de médecine.

13° Le Congrès décide, sur la proposition de la Commission, que le Bureau central sera chargé du choix de la ville où devra se tenir le prochain Congrès. En cas d'impossibilité d'obtenir une entente pour assurer l'organisation du Congrès National en province, le Congrès aura lieu à Paris. Le choix de la ville devra être fait avant le 1er janvier.

14° Vœu que les rapports et communications soient imprimés et distribués aux congressistes huit jours avant l'ouverture du Congrès.

Les communications qui n'auront pu être imprimées seront mises à la suite de l'ordre du jour, et discutées en dernier, à moins de décision contraire de l'assemblée. (*Proposition Ch. Godon.*)

15° Vœu que les rapports soient discutés à la première séance en assemblée générale. (*Proposition d'Argent.*)

16° Vœu de M. d'Argent, tendant à ce que la question mise à l'ordre du jour soit attribuée au Président du Congrès, comme sujet de son discours inaugural.

Ce vœu n'est pas approuvé.

---

## AVIS

**Les auteurs désirant un « tirage à part » de leurs communications peuvent s'adresser à M. PAPOT.**

**Les congressistes qui désirent recevoir une épreuve de la photographie prise le vendredi 29 octobre, rue de l'Abbaye, peuvent s'adresser directement à M. Pirou, 23, rue Royale. — Prix : 5 francs.**

# Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## CONCOURS

POUR UNE PLACE DE CHEF DE LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES TISSUS DENTAIRES, ET UNE PLACE DE CHEF DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE.

ART. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour une place de chef de laboratoire d'histologie des tissus dentaires, et une place de chef de laboratoire de bactériologie.

Ce concours aura lieu le dimanche 12 décembre, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. Le jury procédera dans cette séance à l'examen des titres de candidats.

*Jury.*

ART. 2. — Le Jury se compose de quatre membres : le directeur de l'Ecole, président; le professeur de bactériologie ; le professeur d'histologie des tissus dentaires, et le professeur d'anatomie et d'histologie générales.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du jury.

*Épreuves.*

ART. 3. — Le concours comporte :

*Pour le poste de chef de laboratoire de bactériologie.*

1° *Épreuve au laboratoire*, comprenant préparations microscopiques, ensemencement, plaque de gélatine ou toutes autres préparations au choix du jury. 1 h. 1/2 sera accordée pour cette épreuve;

2° *Epreuve orale* consistant en une dissertation d'un 1/4 d'heure sur un sujet donné par le jury séance tenante (Le candidat aura 1/4 d'heure pour préparer cette épreuve, sans s'aider de livres ou de notes).

*Pour le poste de chef de laboratoire d'histologie des tissus dentaires.*

1° *Une épreuve au laboratoire*, consistant en une coupe de tissus durcis. Les tissus durcis seront fournis par le jury. 1 h. 1/2 sera accordé pour cette épreuve;

2° *Une épreuve orale*, consistant en une leçon d'un 1/4 d'heure sur un sujet donné séance tenante par le jury (Le candidat aura 1/4 d'heure pour préparer cette épreuve, sans s'aider de livres ou de notes).

La 2e épreuve sera subie le 16 décembre, à 9 heures du matin.

ART. 4. — Une dissertation écrite sur un sujet tiré au sort parmi cinq questions prises dans le programme de la section choisie par le candidat, portées à la connaissance des concurrents huit jours à

l'avance. Cette épreuve sera subie le 20 décembre au siège de l'Ecole, à 8 h. 1/2 du soir. Les candidats auront deux heures pour traiter cette question sans s'aider de livres ou de notes.

Ce travail sera lu et soutenu devant le jury le 21 décembre, à 8 h. 1/2 du soir.

*Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents dans chaque concours.*

Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum de 90 points est réparti comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titres des candidats. | Titres universitaires. | 5 | 30 points. |
| | » dentaires..... | 5 | |
| | Travaux scientifiques | 20 | |
| Épreuve au laboratoire.................... | | 15 | 60 points. |
| » orale.......................... | | 15 | |
| Dissertation écrite........................ | | 30 | |
| | Total.......... | | 90 points. |

Minimum fixé par la Commission d'Enseignement : 55 points.

Les points de titres seront donnés par le jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

*Nomination.*

Art. 6. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury de concours.

*Conditions d'admission au concours.*

Art. 7. — Être âgé de 25 ans au moins ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ;

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire ;

Faire partie de la Société civile de l'École dentaire de Paris ;

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du Concours d'après les règlements en vigueur ;

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et avoir rempli pendant deux ans au moins les fonctions de démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

*Fonctions.*

Le chef de laboratoire est chargé de la partie scientifique et technique.

Il tient prêtes pour le cours les différentes préparations dont le professeur peut avoir besoin.

Il exécute les recherches indiquées par ce dernier.

Il guide par des démonstrations pratiques les élèves admis au laboratoire.

Il a la responsabilité des produits et du matériel.

Il doit fournir une série de préparations pour le musée bactériologique ou histologique de l'Ecole.

Ses fonctions ne sont pas rétribuées.

Il a sous sa direction un aide de laboratoire, pris parmi les élèves de 3e année.

---

## CONCOURS

### POUR TROIS PLACES DE CHEF DE CLINIQUE

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour trois places de chef de clinique, pour le dimanche, le jeudi, et le samedi.

Ce concours commencera le dimanche 9 janvier 1898, à neuf heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le jury procédera, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats.

*Jury.*

Art. 2. — Le jury se compose de quatre membres :

Le directeur de l'Ecole, président; un professeur titulaire de clinique; deux professeurs suppléants de clinique nommés après tirage au sort, conformément à l'art. 50 du Règlement intérieur de l'Ecole.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

*Épreuves.*

Art. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve clinique*, comprenant :

(*a*) Examen d'un malade et explication clinique de l'affection, le diagnostic, l'étiologie, la marche et les indications thérapeutiques.

Le candidat aura *trois* quarts d'heure pour examiner son malade et donner ses conclusions.

(*b*) Une opération d'urgence à exécuter séance tenante sur le malade ou sur tout autre choisi par le jury.

Cette épreuve sera subie le mercredi 12 janvier, à neuf heures du matin.

Art. 4. — *Une dissertation écrite* sur un sujet tiré parmi huit questions, qui seront portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance, lors de la première séance, le 9 janvier 1898. Cette épreuve sera subie le lundi 17 janvier à huit heures du soir, au siège de l'Ecole.

Deux heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le jury, le mardi 18 janvier 1898, à huit heures et demie du soir.

*Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents.*

*Classement.*

Art. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum de 90 points est réparti comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titres des candidats. | Titres universitaires.. | 5 | 30 points. |
| | Titres dentaires...... | 5 | |
| | Travaux scientifiques. | 20 | |
| Épreuve clinique.......................... | | | 30 — |
| Épreuve écrite........................... | | | 30 — |

Minimum fixé par la Commission d'Enseignement : 55 points.

Les points de titres seront donnés par le Jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

*Nomination.*

Art. 6. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury de concours.

*Conditions d'admission au concours.*

Art. 7. — Être âgé de 25 ans au moins ; jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ; n'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole Dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et avoir rempli pendant deux ans au moins les fonctions de démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

---

## CONCOURS

### POUR UNE PLACE DE PROFESSEUR SUPPLÉANT DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

*Projet de règlement par la commission d'enseignement.*

Art. 1er. — Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour la nomination d'un professeur suppléant pour le cours de pathologie générale.

ART. 2. — Ce concours s'ouvrira le dimanche 23 janvier 1898, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole dentaire de Paris, rue de la Tour-d'Auvergne, 45. A cette séance le jury procédera à l'examen des titres des candidats, et communiquera une liste de huit questions, parmi lesquelles il en sera tirée une, le lundi 31 janvier, pour la dissertation écrite.

*Jury.*

ART. 3. — Le jury du concours se composera de quatre membres : le directeur de l'Ecole, président; trois professeurs, docteurs en médecine.

Un délégué du Conseil de direction assistera aux opérations du jury.

*Epreuves.*

ART. 4. — Le concours comportera :

1° *Une épreuve écrite* sur un sujet de pathologie générale, à tirer au sort, parmi une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance.

Ces questions leur seront données dans la première séance.

La question à traiter, la même pour tous les concurrents, sera tirée au sort, le lundi 31 janvier 1898, à 8 h. 1/2 du soir. Trois heures seront accordées pour cette épreuve qui devra être subie sans s'aider de livres ou de notes. Les compositions seront lues et soutenues en présence du jury, le mardi 1er février, à 8 h. 1/2 du soir ;

2° *Une première épreuve orale* sur un sujet de pathologie médicale ;

2° *Une deuxième épreuve orale* sur un sujet de pathologie chirurgicale.

Les deux épreuves orales seront subies à l'Ecole dentaire de Paris, le jeudi 27 janvier, à 9 heures du soir.

4° *Deux cours faits oralement* pendant une demi-heure.

Le candidat aura deux jours pour la préparation de ces cours chez lui, et pourra, en les faisant devant le jury, s'aider de livres et de notes.

Les sujets de ces cours seront donnés à l'issue de l'épreuve précédente, le jeudi 27 janvier.

*Classement.*

ART. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre des points obtenus, dont le maximum est de :

| | | |
|---|---|---|
| Titres des candidats.... | Titres universitaires. Travaux scientifiques, publications. ..... | 30 points. |
| Épreuves orales........ | 1re épreuve ......... 2e épreuve ......... | 40 points. |
| Cours (Epreuves orales) . | 1er cours ........... 2e cours ........... | 40 points. |
| Épreuve écrite...................................... | | 30 points. |
| | Total....... | 140 points. |

Minimum fixé par la commission : 100 points.

Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen de la 1re épreuve.

Les points obtenus seront annoncés à la fin de chaque séance.

*Nomination.*

Art. 6. — La nomination est décidée et proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole dentaire, d'après les rapports adressés par le jury du concours.

*Conditions d'admission au concours.*

Art. 7. — *a*) Etre âgé de vingt-huit ans au moins.

*b*) Jouir de ses droits civils et politiques.

*c*) N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

*d*) Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

*e*) Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture des concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et des qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

*f*) Posséder le diplôme de docteur en médecine.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celles sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

*Fonctions.*

Art. 8. -- Les professeurs suppléants remplacent les professeurs titulaires en cas d'abscence.

Ils sont à la disposition de l'Ecole pendant une période de cinq années à partir de leur admission.

Lorsqu'ils remplacent les professeurs titulaires pendant plus d'un mois, il touchent l'indemnité allouée à ces derniers.

Lorsqu'un poste de professeur titulaire devient vacant, le Conseil de direction choisit pour l'occuper, parmi les professeurs suppléants. Le professeur suppléant chargé du cours dans ces conditions, ne prendra le titre de professeur titulaire que s'il possède au moins cinq ans de grade.

Dans le cas contraire, il conservera le titre de professenr suppléant chargé de cours, jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions exigées par ce règlement. (Voir art. 57, 58, 59, 60, 61, du règlement intérieur de l'Ecole).

*Le Président de la Commission d'enseignement,*

E. Bonnard.

---

Les lignes suivantes peuvent être utilement méditées par certains polémistes qui tentent d'introduire dans la littérature professionnelle des mœurs qui caractérisent les organes d'une certaine presse. Elles sont extraites du *Temps,* du 12 décembre, et ont pour signataire M. Gaston Deschamps.

*L'hypertrophie de la rhétorique injurieuse.* — Avoir raison, paraît-il, ne

suffit plus, il faut crier. Le trait d'esprit, qui fut jadis une de nos coquetteries nationales, est remplacé par le coup de gueule. Cette évolution des genres met le journalisme à la portée de tous. Rien de plus facile que de lâcher un gros mot, surtout lorsqu'on est un goujat. Aussi le métier d'insulteur professionnel commence à se gâter. Les concurrents sont trop nombreux et arrivent trop vite à l'épuisement. Les malheureux font peine à voir. Leurs grimaces deviennent des tics. Leurs fureurs s'achèvent en convulsions. Leurs invectives tournent au bégaiement. Leur rage aboutit à de pitoyables impuissances. Car, enfin, on a beau faire : le champ de l'ordure n'est pas infini et le dictionnaire poissard a des limites, que le brave Cambronne a marquées d'un mot et au delà desquelles on risque de trop patauger. Les virtuoses du verbe sale et du geste canaille sont acculés à des impasses. Leurs derniers hoquets ont quelque chose de tragique. Le plus petit choc détermine, dans ces tempéraments ruinés, une crise d'épilepsie, jointe à une éructation de bile. Egosillés, époumonnés, la moindre discussion provoque en eux un vomissement d'injures tel que leur voix s'engorge, que leurs phrases s'entrecoupent de nausées, et que la langue française, sous ce flot d'immondices, devient je ne sais quel bafouillage empoisonné, baveux, ignoble.

## NÉCROLOGIE

L'Ecole dentaire de Paris vient de perdre un de ses meilleurs élèves, M. Georges Pourveur, âgé de 20 ans, né à Anvers. Ce jeune homme était sorti le premier à la session de juin, et avait obtenu le prix d'excellence.

Nous adressons l'expression de nos regrets à sa famille.




L'inauguration des nouveaux locaux de l'Ecole dentaire de Paris n'a pu être faite à l'époque de l'ouverture des cours parce que les travaux de construction n'étaient pas encore terminés.

Bien que les cours aient commencé régulièrement le 6 novembre, cette cérémonie n'en aura pas moins lieu prochainement avec l'éclat qu'elle comporte.

---

Notre confrère M. Francis Jean, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être chargé, par décision du préfet de la Seine en date du 4 décembre, du service dentaire de l'Ecole Le Peletier de Saint-Fargeau, à Montesson, en qualité de chirurgien-dentiste attaché à l'établissement.

Nous sommes très heureux de cette mesure, et nous en félicitons bien sincèrement M. Francis Jean.

---

Nous rappelons que M. le Dr Telschow a offert à la souscription Dubois les premiers 1.000 francs produits par la vente de son ciment *fluoride*, dont il a démontré la manipulation et l'emploi l'an dernier et cette année, à l'Ecole dentaire de Paris et au Congrès dentaire d'octobre 1897.

17e ANNÉE. N° 18. 30 DÉCEMBRE 1897 IIe SÉRIE. VOL. V.

# L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'*Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro forme le complément du volume du 2me semestre 1897, lequel contient 496 pages, 4 planches hors texte et 24 gravures dans le texte.



## Travaux Originaux

### DE L'INSTABILITÉ DES ANESTHÉSIQUES RÉFRIGÉRANTS [1]

L'ÉTHYLEUR ET L'ÉTHYLEUSE, APPAREILS NOUVEAUX POUR OBTENIR ET MAINTENIR LE MAXIMUM DE PROPULSION ET DE PUISSANCE ANESTHÉSIQUE DU CHLORURE D'ÉTHYLE.

*(Communication au Congrès de Paris.)*

Par M. J. D'ARGENT,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire, à Paris.

La composition, les propriétés physiques, chimiques, thérapeutiques et anesthésiques des substances réfrigérantes dont on se sert généralement en art dentaire, le coryl et le chlorure d'éthyle, ont été trop souvent décrites pour que nous les énumérions de nouveau à propos de la présentation d'un appareil qui emploie ces substances telles qu'elles existent.

Nous voulons simplement examiner l'instabilité des mélanges réfrigérants, en prenant comme types d'étude le chlorure d'éthyle et le coryl qui sont d'un usage universel. Ajoutons que notre thèse est générale et s'applique à tous les produits similaires, à l'éther comme au chlorure de méthyle, toutes proportions gardées, eu égard à la différence de leur composition.

Qui n'a été frappé de l'inconstance que le chlorure d'éthyle pré-

1. Reproduction interdite.

sente dans ses effets anesthésiques? Tantôt il congèle les tissus dans un temps normal, c'est-à-dire en deux à trois minutes; ou bien il faut prolonger le temps d'application presque au double de ce délai, et quelquefois même l'opérateur, dépité, se décide à faire son opération sans avoir pu donner au tégument cet aspect cadavérique qui caractérise l'anesthésie par le froid.

Quelles sont donc les causes de cette instabilité si fréquente? C'est ce que nous nous proposons d'exposer; mais notre étude serait incomplète si nous ne pouvions indiquer en même temps les moyens d'y remédier dans la plus grande mesure.

L'inconstance du chlorure d'éthyle procède de deux causes différentes : les causes qualitatives et les causes thermiques ambiantes.

Il ne faut pas croire que, par causes qualitatives, nous voulions insinuer que le chlorure d'éthyle nous est livré impur et dépourvu d'une partie de ses qualités. Nous supposons toujours, au contraire, le produit chimiquement pur, et nous voulons seulement insister sur la transformation qu'il subit dans les récipients, lorsque ceux-ci sont mal bouchés.

Pendant de nombreuses années, le seul procédé employé pour conserver *intact* le chlorure d'éthyle fut l'ampoule de verre, à col rétréci et soudé à la lampe, et c'est dans ces dernières années seulement, et *pour l'usage dentaire*, que les petits réservoirs à fermeture métallique mobile ont été mis en usage.

Or, avec ces derniers, trois sortes d'inconvénients peuvent se présenter : 1° l'appareil d'occlusion peut être défectueux; 2° il peut être détérioré par l'usage; 3°, cas le plus fréquent, il peut être mal fermé par suite de la négligence de l'opérateur. On devra donc se garder en conséquence.

Le praticien est tenu d'apporter la plus grande attention à l'occlusion de ses appareils, s'il veut s'éviter des mécomptes dans sa pratique et même dans ses intérêts. Dans tout flacon mal bouché le dégât est limité à une perte de substance, lorsque l'appareil repose de telle sorte que son orifice soit au-dessous du niveau du liquide qu'il contient, et à une *évaporation* de la substance active du produit, lorsque l'orifice est au-dessus de ce niveau.

Nous ne nous étendrons pas sur la transformation chimique qui se produit dans le mélange réfrigérant à l'état d'évaporation, cela fera l'objet d'un travail ultérieur qui est à l'étude; pour l'instant, nous constaterons seulement que ses propriétés analgésiques sont émoussées, entamées, amoindries; le liquide est en quelque sorte éventé. Nous aurons donc soin de veiller, après chaque manipulation, à la fermeture hermétique de nos réservoirs et de nos flacons, *qui devront être pourvus de robinets de précision* pouvant être calés à bloc.

En cas de doute il suffit d'immerger l'instrument dans l'eau, pendant quelques instants; des bulles apparaîtront à la surface du liquide, s'il y a le moindre défaut d'occlusion. On n'oubliera pas qu'il faut que l'eau soit à une température plus élevée que le point d'ébullition du produit éprouvé.

Les causes d'insuccès dues aux influences thermiques ambiantes sont de beaucoup les plus importantes et les plus fréquentes.

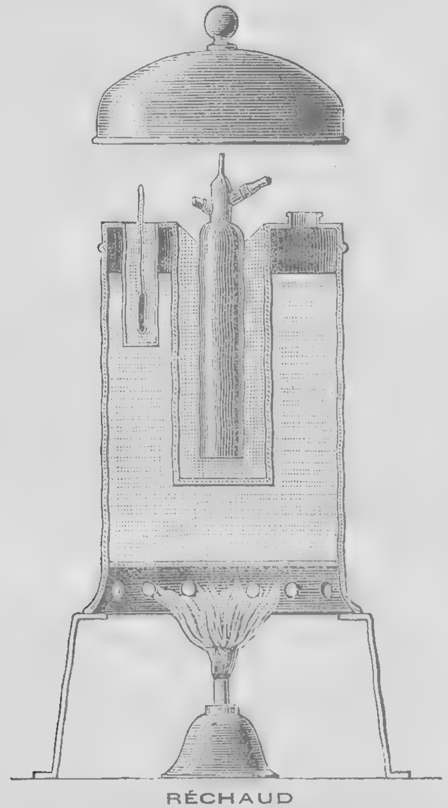
Il est essentiel de toujours employer les réfrigérants à la même température, afin d'obtenir constamment des effets identiques, et il est important de déterminer le point auquel chaque produit fournit son action la plus efficace. L'irrégularité dans la température ambiante a souvent été la cause de grandes déceptions dans l'usage des analgésiques réfrigérants. Parfois c'est l'air qui a subi un abaissement de chaleur, ou bien c'est la main dans laquelle est placée l'ampoule de chlorure d'éthyle, qui est plus ou moins froide. étant soumise à des lavages fréquents. Il y a des praticiens qui ont toujours les mains chaudes, mais d'autres les ont constamment froides, et il est évident que la stabilité du produit varie suivant la température de la main qui tient le flacon.

Or, si nous nous rappelons que les réfrigérants congèlent rapidement les tissus en leur prélevant subitement une énorme quantité de chaleur, à cause de leur bas point d'ébullition, nous comprendrons que cet emprunt et, par conséquent, ce refroidissement, seront bien plus prompts si la température à laquelle ils sont soumis dans leurs récipients est sensiblement augmentée. L'intensité de leur action atteindra également au maximum.

C'est ainsi que le coryl employé vers 0° bout lentement et sort liquide, comme le chlorure d'éthyle, au lieu de s'échapper en jet divisé. Son action est, de ce chef, amoindrie ou, pour être plus exact, retardée. Elève-t-on sa température, il bout avec force, et c'est en pulvérisation qu'il sort du coryleur. Notre idéal doit tendre à diviser suffisamment le jet d'émission des réfrigérants, de manière que les molécules se succèdent sans cesse sur le tégument d'application et y fassent successivement, mais très rapidement, leur emprunt de chaleur. On obtiendra ainsi le refroidissement le plus prompt, en même temps que la dépense la plus minime Le coefficient d'anesthésie d'un réfrigérant est constant ; mais le temps nécessaire à le produire varie selon les conditions dans lesquelles la substance est employée. Nous venons de voir que la chaleur est une de ces conditions, et même la plus importante. *Il s'agit donc de trouver un système qui assure cette chaleur et qui isole le réfrigérant des influences ambiantes pendant les opérations.*

Quoique le coryl ait été composé pour répondre à nos exigences, en toute saison, dans les régions tempérées, on ne doit pas perdre de vue que son maximum de rendement dépend de son emploi rationnel et de l'homogénéité de cet emploi. C'est dans ce but que nous avions indiqué, dans notre première étude sur ce produit (*Odontologie*, avril 1893), la nécessité impérieuse de le maintenir à une température de 20° à 25°. Pour assurer cet état constant, nous avions fait construire, en 1894, un réchaud ainsi compris : deux vases, de hauteur et de diamètre différents, sont placés l'un dans l'autre et fixés de telle sorte qu'il y ait entre leurs parois et leur fond un espace de 3 à 5 centimètres, qu'on remplit d'huile ou de glycérine jusqu'à un niveau convenable. Un bouchon à soupape

de sûreté et un thermomètre adapté comme celui d'un vulcanisateur, complètent l'appareil.



RÉCHAUD
de M. J. D'ARGENT, Chirurgien-Dentiste.
MODÈLE 1894
DÉPOSÉ

C'est dans le petit vase de ce bain-marie, garni intérieurement de feutre ou de coton, que nous élevons et maintenons le coryleur à la température de 20° à 25°, en chauffant la glycérine à l'aide d'un brûleur, dont le réglage est facile à établir, pour un résultat déterminé.

Les nouveaux appareils que nous vous présentons synthétisent les avantages que fournit notre réchaud. Partant de ce principe que la chaleur augmente l'expansion des réfrigérants, nous avons expérimenté notre réchaud pour porter la température du chlorure d'éthyle à différents points, et nous avons enregistré les effets obtenus. Les ampoules de verre dans lesquelles on le conserve ordinairement étant trop fragiles pour résister à la tension qui résulte du séjour dans le réchaud, c'est dans un coryleur qu'était placée la substance, et nous avons pu constater que c'est vers 55° que le chlorure d'éthyle offre les résultats les plus remarquables.

Il se pulvérise, et ses effets sont des plus rapides. N'oublions pas que l'intensité de son action est une, invariable, et que le temps d'application seul est amélioré très sensiblement. Nous verrons plus loin que ce nouvel état du chlorure d'éthyle modifie avantageusement son mode d'administration dans la cavité buccale. Or, le chlorure d'éthyle jouit encore d'une grande faveur, à cause de son innocuité absolue envers les téguments d'application. De plus, il est suffisant pour les opérations peu douloureuses ; aussi croyons-nous que le moyen d'élever ses qualités anesthésiques et de faciliter son emploi, de le réhabiliter en quelque sorte, sera accueilli avec bienveillance par les praticiens qui ne sont pas imbus de leurs procédés.

Des essais ont été faits pour améliorer l'action du chlorure d'éthyle par sa pulvérisation, et il faut citer le vaporisateur de M. Modé, ainsi que la pompe à air que le D<sup>r</sup> Telschow a adaptée au tour à fraiser, pour diviser le jet à sa sortie de l'ampoule. Les résultats sont, certes, meilleurs qu'avec les procédés ordinaires, mais la manœuvre y perd en simplicité.

Il n'en est pas de même de l'appareil que nous avons l'honneur d'innover et qui est dû à la Maison Joubert et C<sup>ie</sup>, à laquelle nous devons déjà le coryl et le coryleur. Cet instrument porte l'action du chlorure d'éthyle à son point ultime, tout en le rendant d'application aussi facile que le coryl.

Le chlorure d'éthyle amené à cette perfection a été dénommé : chlorure d'éthyle *Ipsilos* ; le récipient s'appelle *l'éthyleuse*, et l'appareil pulvérisateur, qui en rend la manœuvre facile et régulière, a reçu le nom *d'éthyleur*. Le nouvel instrument est de conception aussi simple que l'œuf de Christophe Colomb. Succintement il consiste en un flacon métallique de la forme du coryleur et renfermant le chlorure d'éthyle. Ce flacon est emprisonné dans un récipient de forme prismatique, et entre eux existe un espace libre. Sur une des bases est un large bouchon en cuivre, se vissant sur la cavité d'enveloppe, qu'il ferme hermétiquement. A l'autre base du prisme est l'orifice du flacon intérieur auquel on abouche, par vissage, les tubes d'émission.

On conçoit que, si l'on introduit entre les deux récipients, de l'eau à une température plus ou moins élevée, le chlorure d'éthyle, porté à un degré de chaleur correspondant, acquerra une force d'expansion proportionnelle et s'échappera en pulvérisation, au lieu du jet ordinaire des ampoules de verre ou de métal connues jusqu'ici, et aura des effets plus prompts et constants, quelle que soit la chaleur ambiante, sans action désormais sur le mélange réfrigérant, maintenu à sa température élevée par le manchon d'eau chaude dans lequel il est placé.

Le récipient enveloppant est d'une capacité déterminée, après de nombreux essais, pour contenir la quantité d'eau suffisant à maintenir le chlorure d'éthyle à la même température pour plusieurs extractions. De plus, l'expérience a démontré que le résultat le meilleur est vers 55° ; mais, pour cela, il faut se servir d'eau à

60°, parce qu'il se produit un abaissement de 5° au moment de l'introduction dans l'appareil. La manœuvre du remplissage est des plus simples et se fait en quelques secondes.

Il va sans dire que cette innovation s'applique également au coryl, et la Maison Joubert a construit une *coryleuse* spéciale, dans laquelle on introduit de l'eau à 25° seulement.

La forme prismatique de l'enveloppe a été choisie pour donner à l'appareil une grande stabilité. Lorsqu'il est posé un peu vivement sur la tablette du fauteuil, il ne glisse pas, ne roule pas, comme les instruments de forme cylindrique. Le volume de l'éthyleuse n'est pas immuable, il en existe de plusieurs grandeurs, et les différentes pièces qui composent ces appareils, notamment les robinets d'occlusion, sont d'une solidité et d'une précision absolues.

Avec ces appareils on obtient l'anesthésie la plus uniforme en toute saison et en tous milieux. A l'éthyleuse s'ajustent les tubes d'émission du coryleur, de sorte que c'est le même matériel qui peut servir indifféremment, qu'on fasse usage du coryl ou du chlorure d'éthyle « Ipsilos ».

---

## DE L'HÉMOSTASE EN CHIRURGIE DENTAIRE PAR LA GÉLATINE

(*Communication faite au Congrès de Paris.*)

Par M. le Dr Frey,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il y a deux sortes d'hémostatiques :

1° Les vaso-constricteurs ;

2° Les coagulants.

1° Les vaso-constricteurs présentent de nombreux inconvénients : leur *toxicité ; la récidive possible de l'hémorragie*, quand le vaisseau rétréci, où s'est formé le caillot, reprend son calibre normal ; *l'infection favorisée*, puisque Bouchard et Charrin ont montré que l'organisme réagit, contre l'infection, non par vaso-constriction, mais par une vaso-dilatation qui aide à la diapédèse et à la diffusion des liquides défensifs.

Par conséquent, l'emploi des vaso-constricteurs (ergotine, pyoctonine, extrait de capsules surrénales) doit être réservé aux seuls cas où l'hémostase locale est impossible, ce qui est tout à fait rare en chirurgie dentaire.

2° Les coagulants, au contraire, ainsi que le dit M. Paul Carnot, un interne très distingué des hôpitaux, « ne font qu'exagérer le processus normal d'hémostase, car la coagulation spontanée du sang hors des vaisseaux obture automatiquement la plaie vasculaire ».

Mais encore faut-il que ces hémostatiques coagulants présentent une *innocuité absolue* vis-à-vis des éléments anatomiques avec

lesquels ils se trouvent en rapport, car le caillot, une fois produit, doit s'organiser.

Or, parmi ces hémostatiques, le plus employé, le perchlorure de fer, est un agent véritablement nuisible pour les éléments cellulaires.

Aussi M. P. Carnot n'en retient il que deux qui soient peu nocifs et déterminent un caillot solide, adhérent, facilement organisable : 1° les sels de chaux, et en particulier le *chlorure de calcium* ; 2° *la gélatine*, que M. Carnot a, le premier, employée dans ce but, etqu'il a trouvée supérieure aux sels de chaux dans la pratique chirurgicale (*Société de Biologie*, juillet 1896).

Les propriétés coagulantes de la gélatine ont été découvertes par MM. Dastre et Floresco (*Société de Biologie*, février 1896, *Archives de Physiologie*, avril 1896). Ces auteurs recherchaient les transformations subies par ce corps dans l'économie. Ils notèrent une coagulabilité anormale du sang après injection intra-veineuse de gélatine.

Quant à l'organisation du caillot, elle semble se faire très rapidement ; « non seulement la gélatine est inoffensive, ajoute M. Carnot, mais encore la gélatine d'une part, la fibrine du caillot de l'autre, ont vis-à-vis des cellules endothéliales et vaso-formatives un rôle nutritif considérable, et contribuent pour une large part à l'organisation rapide de la cicatrice ». D'après Cornil, la fibrine sert à la fois de conducteur aux éléments endothéliaux, par sa texture fibrillaire, et de réserve nutritive.

De même, la gélatine, ainsi que le montrent les expériences de Cornil et Carnot ; abandonnant, dans le péritoine des chiens, des éponges imbibés de gélatine, au bout de quelques jours ils constatèrent histologiquement les progrès de la néoformation.

Dans l'hématose par la gélatine, les cellules endothéliales ont affaire tant à la gélatine introduite qu'à la fibrine du caillot provoqué. Chacun de ces deux corps favorise donc le processus de cicatrisation.

*Préparation.* — Pour la préparation de la solution de gélatine, nous nous sommes adressé d'une part à M. G. Hesse, d'autre part à M. Vicario, deux de nos fournisseurs dont nous apprécions les connaissances chimiques et qui ont mis leurs laboratoires à notre disposition. Suivant les recommandations indiquées par M. P. Carnot, nous nous sommes servi de solutions de gélatine dans l'eau salée physiologique (7 de chlorure de sodium pour 1.000 d'eau). Ces solutions gélatinées sont les unes à 5, les autres à 10 pour 100. Elles doivent être stérilisées deux fois à 100°, pendant un quart d'heure, à deux jours d'intervalle. Mieux vaut ne pas élever la température à 115° à l'autoclave, car les solutions perdent parfois alors leurs propriétés gélifiantes.

Sans nuire au pouvoir coagulateur et gélificateur de ces solutions, nous leur avons adjoint un antiseptique : quelques gouttes d'une solution phéniquée.

*Usage.* — Pendant que nous préparons nos instruments, que nous

faisons notre anesthésie et que nous opérons, nous laissons se liquéfier *doucement* au bain-marie la gélatine qui, dans le flacon, s'était prise en une masse compacte. Dans les extractions ordinaires la solution à 5 0/0 suffit, mais si on l'a affaire à un sujet affaibli ou hémophile, il est préférable d'employer la solution plus active à 10 0/0.

En général il suffit de laisser le tampon d'ouate gélatinée deux à quatre minutes, pour constater la formation du caillot. L'ouate doit être retirée très doucement, pour éviter le déchirement du caillot. Si l'hémorragie réapparaît, il faut remettre dans la plaie un nouveau tampon d'ouate gélatinée et l'y laisser six heures environ. Au bout de ce temps, quand le pansement sera enlevé, on conseillera par prudence un bain de bouche antiseptique.

En observant ces précautions, nous ne constatons plus l'apparition de phénomènes plus ou moins tardifs d'infection secondaire locale (douleur, gonflement, engorgement ganglionnaire, etc.).

La gélatine ainsi employée nous a déjà rendu des services inappréciables quand, sous le chloroforme, nous avons fait des *extractions multiples.* Grâce au tamponnement gélatiné, le patient n'avale pas son sang, et les suites de la chloroformisation sont simplifiées, puisque l'embarras gastrique consécutif devient absolument minime. En outre, l'opération elle-même se fait proprement, simplement, n'étant plus gênée par le sang qui s'écoule de toutes les plaies alvéolaires. Enfin le tampon d'ouate gélatinée, adhérant mieux à la plaie que l'ouate simplement imbibée d'un antiseptique, on n'a plus à craindre qu'il ne vienne à se détacher, à glisser dans l'arrière-gorge, et à asphyxier le patient.

Nous n'insisterons pas sur l'utilité de la gélatine pour éviter l'infection secondaire si fréquente d'ordinaire après les *extractions* longues et pénibles.

Dans un cas de *gingivite hémorragique*, chez une jeune femme très anémique, l'hémorragie, et partant l'infection, ont été enrayées par des pansements d'ouate hydrophyle au sublimé, imbibée de sérum gélatiné.

Enfin nous sommes persuadé que les uranoplasties, les staphylorraphies, opérations de patience, pour ainsi dire, à cause de l'hémorragie qui survient très abondante après chaque coup de bistouri, se trouveront très simplifiées par le tamponnement gélatiné.

En résumé, la gélatine est un hémostatique local de premier ordre ; elle coagule le sang dans le vaisseau lésé, et le caillot s'organise très rapidement. Nous devons être particulièrement reconnaissants à M. P. Carnot de nous avoir indiqué ce moyen d'hémostase, car il est appelé à nous rendre *les plus grands services dans la chirurgie de la bouche.* Le sérum gélatiné est non seulement un liquide inoffensif, mais nutritif, puisqu'il aide à la cicatrisation de la plaie.

Son emploi nous est particulièrement indiqué au cours *d'extractions multiples,* après les extractions pénibles et dans toutes les interventions sur les joues, les gencives, le palais et le voile du palais.

Enfin, pour terminer, faisons remarquer que chez les hémophiles M. P. Carnot ajoute à l'action locale de la gélatine l'influence générale *d'un sel de calcium*, pour modifier la coagulabilité générale du sang.

---

## LE FORMAGÈNE

COMPOSITION. — ACTION. — EMPLOI. — EXPÉRIENCES BACTÉRIOLOGIQUES ET MICROSCOPIQUES.

Par M. R. HEIDÉ,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Un nouveau médicament vient de faire son entrée dans le monde dentaire et sollicite une place dans notre arsenal thérapeutique : je veux parler du produit du Dr Abraham : le formagène. J'ignore s'il en est parmi vous qui le connaissent déjà de nom ou d'action; quoi qu'il en soit, son introduction officielle n'a pas été faite. C'est pour cette raison qu'ayant pu me procurer les documents relatifs à sa composition, à son action et à son emploi, j'ai cru devoir vous les communiquer, afin que désormais vous en soyez instruits et que vous puissiez en commencer les essais en connaissance de cause.

Avant, cependant, je tiendrais à vous assurer ici qu'à l'égard des nouveaux médicaments ou produits, de quelque nature qu'ils soient, qui font de temps en temps irruption, sous une forme plus ou moins décorative, dans notre thérapeutique, je me suis toujours tenu dans une très grande réserve, excessive peut-être, mais dont je n'ai jamais eu qu'à me louer jusqu'ici. Aussi, si pour ce médicament j'ai su m'en départir quelque peu, c'est que nous nous trouvons en pays de connaissance, et que nous avons pu apprécier sa très proche parenté, au point de vue de sa valeur antiseptique : je nomme ici le formaldéhyde. M. de Marion s'est fait, avec un autre agent, à différentes reprises, le défenseur et le promoteur chaleureux et enthousiaste de ce produit, dans d'intéressantes communications. Le professeur Le Dentu a également, au récent Congrès de Moscou, démontré sa haute valeur comme antiseptique et désodorant, qui est absolument extraordinaire, dit-il. A ce sujet, il s'exprime ainsi : « A ces divers titres, le *formol est donc un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre* ».

Le formagène a pour base active le gaz formaldéhyde ou formol.

Le formol, vous le savez comme moi, est un gaz qui, en raison de la difficulté qu'on aurait à l'employer comme tel, a été la base d'une foule de combinaisons dont la plus connue est la solution aqueuse à 40 0/0 appelée formol en France, formaline en Allemagne.

Il ne fut pas tout d'abord apprécié comme antiseptique par les médecins. Il commença par être employé par les anatomistes comme durcissant des éléments cellulaires. C'est, d'ailleurs, cette

précieuse propriété qui attira vers lui l'attention du corps médical. Son pouvoir énergique de pénétration, dans les tissus animaux et végétaux, sa non-toxicité, son peu de causticité, lui ouvraient de nombreux débouchés, dont le principal fut certes son introduction comme antiseptique. Dans les recherches comme tel, on vit que les muqueuses, sous l'influence du formol, prennent l'aspect du cuir, et se séparent, par plaques, de leur couche sous-jacente. Il favorise l'émigration des hématies hors des capillaires, si bien que la région du tissu devient blanche. Si l'on cesse l'application, les globules rouges reprennent vivement leur place primitive. Le formol, comme on l'a déjà signalé, appliqué sur des plaies, est très douloureux et persiste longtemps ainsi. Comme spécifique en art dentaire, je n'en dirai rien, ne l'ayant pas encore adopté ni même essayé. Le point important à retenir dans l'emploi de ce médicament, est qu'il faut favoriser sa vaporisation dans la désinfection radiculaire ou lorsqu'on désire l'appliquer sur une pulpe, malade ou non, pour prévenir de grandes douleurs. Examinons de quelle façon se comporte le formol mis en contact avec une pulpe, c'est-à-dire dans un coiffage, par exemple. Je dois le dire immédiatement, il serait absolument impropre dans ce cas, en exacerbant encore davantage les douleurs de la pulpite. Son emploi, dans ce but et dans ces conditions, serait absolument contre-indiqué. C'est là que commencèrent les recherches du D[r] Abraham pour donner au formaldéhyde une forme spéciale, afin qu'on pût retirer tout l'avantage de certaines de ses propriétés, les développer même à l'occasion, et éviter ou neutraliser celles qui pourraient être nuisibles. Il songea d'abord à l'adjonction d'anesthésiques, qui fut illusoire comme résultat. Il imagina alors de lui donner la forme « ciment », ou mieux de l'incorporer à une poudre et à un liquide.

Le sulfate de chaux et l'oxyde de zinc saturés de gaz formol firent les frais de la poudre.

L'eugénol et l'acide phénique, également saturés de gaz formol, firent ceux du liquide.

*L'un et l'autre sont saturés et dosés de gaz à une certaine température.*

Cette préparation, appliquée alors sur la pulpe par l'effet du calorique inhérent à son durcissement, exhalait le formol qui se répandait lentement dans les éléments pulpaires en les altérant sans les détruire. La lenteur de son absorption évitait les douleurs, atteignant ainsi un premier but.

Il fut alors employé dans nombre de cas par notre confrère, soit 4.679 (si j'ai bonne mémoire), ne donnant que 43 insuccès, soit presque dans la proportion de 1 0/0. J'ai également employé le formagène dans un certain nombre de cas, assurément bien infime en comparaison du chiffre donné ci-dessus ; cependant, je dois dire, tout à l'honneur de ce médicament, que je n'eus pas connaissance d'insuccès. Son inventeur, le D[r] Abraham, attribue ces derniers plus à des erreurs de diagnostic, qu'au médicament lui-même En effet, il ne doit jamais être employé dans les

affections putrides de la pulpe, non plus que dans la périostite.

Nous arrivons à son mode d'action. Que se passe-t-il dans le tissu pulpaire après l'application du médicament ? L'eugénol et l'acide phénique, incorporés à cette préparation, ont une action sédative sur la pulpe hypéresthésiée et enflammée, en impressionnant les terminaisons nerveuses. Pendant cette anesthésie pulpaire, le gaz formol se dégage et est absorbé dans le tissu, qui se décolore et se durcit. Cette dessiccation du tissu diminue la pression anormale de la pulpe regorgeant d'éléments sanguins. Les micro-organismes meurent naturellement, faute d'un milieu propre à leur évolution. Quant à savoir si le tissu pulpaire se régénère et reprend ses fonctions interrompues par la maladie, je n'ai pas encore poursuivi mes recherches dans ce cas. Cette théorie est appuyée sur trois faits : 1° la pulpe vit après un espace de quelques mois, ayant été coiffée avec le formagène ; 2° dans les premiers jours après ce traitement, la pulpe est dure et insensible ; 3° dans les cas où l'obturation tombe, la pulpe s'enflamme de nouveau, en causant des douleurs. Je laisse ces faits à votre appréciation personnelle, n'ayant pu encore les contrôler.

Quant au mode d'emploi, il est des plus simples. Une fois la cavité débarrassée de toute trace de carie, sans en excepter la couche de dentine ramollie recouvrant la pulpe irritée, on mélange une certaine quantité de poudre au liquide, en donnant une consistance très pâteuse, et on applique le produit au point dénudé ; puis on obture au ciment assez clair, et on renvoie le malade. Celui-ci accuse pendant un certain temps une douleur sourde, qui disparaît brusquement pour ne plus revenir. Dans d'autres cas, nulle douleur.

Je terminerai cet exposé en vous donnant le résumé des expériences bactériologiques faites par M. Max Bauchwitz, de Stettin, pour établir la valeur bactéricide et conservatrice de la préparation.

Il prit des dents de veau à pulpes charnues, dont il remplit un petit tube se terminant, en pointe par le bas. Il infectait la pulpe par le foramen apical, avec des bactéries de dents fraîchement extraites atteintes de pulpite, et y appliquait en même temps, à l'extrémité coronaire, le formagène, puis en fermait l'orifice avec un tampon d'ouate et de cire. Le tube était alors placé avec la partie infectée de la pulpe dans un verre à réaction rempli de culture agar-agar, et remis dans l'armoire d'incubation à la température du corps. L'auteur pouvait ainsi observer du dehors la pénétration du formagène dans la pulpe, ainsi que les processus de putréfaction susceptibles de se produire. Un jour après, la pulpe, rosée à la surface, se transformait en un corps solide et gélatineux ; puis, les 2e, 3e et 4e jours, etc., devenait uniformément visqueuse jusqu'à la pointe extrême. L'odeur caractéristique du formol s'était bien conservée, et nulle part on ne remarquait de processus de putréfaction. Les examens macroscopiques et microscopiques témoignèrent qu'il n'y avait pas de bactéries. Puis, dans les pre-

miers, l'auteur transplanta les pulpes retirées des petits tubes, sur des plaques avec de la culture à l'agar-agar, et replaça celles-ci, pendant quelque temps, dans le four d'incubation. Les plaques restèrent stériles, ce qui prouve la force antiseptique et désinfectante extraordinaire du formagène.

M. Bauchwitz voulut également savoir si le formagène avait une action destructive sur le tissu pulpaire, sur ses nerfs et ses vaisseaux sanguins, ou bien s'il les conservait : pour cela il fixa des pulpes traitées de la manière précitée, et les coupa au microtome en sections longitudinales et transversales extrêmement fines Pour servir de témoins, il transforma des pulpes fraîches de veau en *charpie*, et les examina au microscope, ainsi que les premières. Les pulpes traitées au formagène présentaient à peu près toutes le même aspect que les pulpes normales. Cependant, le sang était coagulé dans les vaisseaux des premières ; les hématies, serrées les unes contre les autres, ressemblaient à une colonne brun rougeâtre, homogène. Les nerfs semblaient intacts. Comme les vaisseaux sanguins offraient le même aspect dans les plus fines ramifications de la pulpe, il faut admettre que les vapeurs de formol dégagées avaient pénétré dans la pulpe tout entière.

Nous voyons donc, ainsi que le dit le Dr Abraham lui-même, que ce produit se rapproche le plus de l'idéal de Miller en ce qui concerne le mode d'action des médicaments pour coiffages de pulpes. Je citerai, pour terminer, les conditions qu'il exige, et qui sont les suivantes ; il faut :

1° Que l'agent soit un antiseptique énergique ;

2° Qu'il soit aisément soluble, afin de se répandre vite et de pénétrer dans toutes les parties de la pulpe ;

3° Qu'il ne soit pas assez soluble pour pénétrer complètement dans le tissu et pour disparaître entièrement, comme l'acide phénique, par exemple ;

4° Qu'il exerce une action coagulante sur la pulpe, mais pas directement nécessaire ;

5° Qu'il ne forme avec la pulpe aucune combinaison susceptible de produire des substances chimiquement irritantes ;

6° Qu'il n'irrite pas la membrane radiculaire ni lors de l'application ni plus tard ;

7° Qu'il ne décolore pas la dent, ce qui est important surtout pour les incisives et bicuspides ;

8° Qu'il soit de préférence solide, plutôt que liquide.

---

## UN CAS D'ANGINE DE LUDWIG

### CAUSÉE PAR LA CARIE D'UNE DENT DE SAGESSE.

Par M. le Dr J. Boniquet, de Barcelone.

Une des causes les plus à redouter dans les complications de la carie dentaire, c'est l'influence de l'infection. Lorsque l'individu

offre peu de résistance organique, lorsqu'il n'est pas capable de réagir contre les micro organismes qui l'envahissent, c'est-à-dire lorsque le pouvoir phagocitaire de son organisation est peu développé, les microbes se trouvent pour ainsi dire plus à leur aise pour se reproduire sans entraves dans un terrain si propice, et c'est alors que peuvent survenir des complications terribles qui, dans certains cas, font craindre pour la vie du malade.

Nous avons traité dans notre clinique un cas caractéristique dans ce genre, que nous croyons d'une certaine importance à cause des symptômes qu'il présentait, de la gravité de son pronostic et de la réussite du traitement que nous avons employé.

C'était un homme d'une quarantaine d'années, de tempérament lymphatique et d'une organisation chétive, qui fut conduit à notre cabinet, tiré de son lit où il croyait mourir, si l'angoisse dont il était pris continuait plus longtemps.

Son aspect était effrayant; soutenu par chaque bras, il marchait lentement, et ses jambes, lâches comme tout son organisme, étaient dans une laxité extrême. Son visage pâle, ses muqueuses bleuâtres, ses yeux éteints et largement ouverts de temps en temps, démontraient l'angoisse qu'il éprouvait, en même temps que les épanchements de sa poitrine confirmaient la difficulté de l'hématose; température 39° 40 et grande dépression morale.

La bouche, presque complètement fermée, montrait une tuméfaction vers l'angle du côté droit de la mâchoire, qui s'étendait à toute la région sus-hyoïdienne; la peau, chaude et tendue, était dure à la pression du doigt, démontrant l'intensité de l'inflammation dont les tissus étaient atteints. En écartant les lèvres on voyait la langue refoulée vers le palais et en arrière vers la gorge, par l'élévation des tissus du plancher de la bouche, qui, fortement hyperplasiés, entravaient la mobilité ordinaire de cet organe. Une odeur repoussante, qu'on sentait à distance, démontrait la décomposition de la partie atteinte, et la salive, mêlée à du pus et à du sang, suintait à travers les commissures des lèvres, à cause de la difficulté que le sujet éprouvait à déglutir.

Quelques renseignements que nous pûmes obtenir du malade sur la manière dont la maladie commença, nous firent soupçonner que la cause pouvait être déterminée par la *molaire de sagesse* du même côté, puisqu'elle l'avait fait souffrir à plusieurs reprises en provoquant des enflures, toujours vers le même angle de la mâchoire, enflures qui disparaissaient plus ou moins facilement.

*Traitement.* — Comme il était tout à fait impossible d'examiner l'endroit où siégeait la dent que nous croyions malade, à cause du trismus qui maintenait la bouche à peu près fermée, nous ordonnâmes, à la première séance, des lotions et des pulvérisations désinfectantes dans la bouche, avec des solutions boriquées, du thymol, des cataplasmes chauds humectés avec les mêmes liquides désinfectants, répétés plusieurs fois pendant la journée; une potion de quinine à prendre par cuillerées; du lait et des œufs avec un peu de vin blanc pour soutenir les forces, condition

nécessaire pour que ce pauvre organisme réagît contre l'invasion microbienne dont il était atteint.

Le patient éprouve un soulagement notoire sous l'influence de notre intervention pendant deux jours ; mais, au bout de ce laps de temps, il remarque que d'un moment à l'autre il étouffe à cause de la gêne occasionnée par l'inflammation de l'amygdale du côté malade. Nous fûmes appelé à la hâte, car le malade allait périr par asphyxie, tellement l'angoisse avait augmenté.

Parmi les caractères différents et désagréables que présentait le patient, particuliers à un individu qui étouffe et dont le sang ne peut pas se débarrasser de l'acide carbonique qui envenime toute son économie, nous fûmes agréablement frappé de l'état local de la bouche, que la cessation de l'hyperplasie laissait s'ouvrir, en même temps que la mobilité de la langue permettait de se rendre compte de l'état de la dent de sagesse.

Ainsi donc, on voyait, en écartant la joue, au fond de la mâchoire et au milieu de la tuméfaction livide de la gencive, la cinquième molaire déviée en dedans de sa position normale et largement gâtée ; l'enflure s'étendait du côté de l'amygdale, laquelle couvrait toute la gorge, étant sûrement la cause de l'asphyxie. Avec la date de la maladie et la manière insolite dont la tuméfaction amygdaline se présentait, nous crûmes que c'était un abcès formé par l'accumulation du pus pendant les dernières heures, et que l'extraction de la molaire s'imposait, afin d'ouvrir le foyer principal du mal, en retirant sa première cause.

Pour cela nous fîmes ouvrir la bouche le plus possible avec un ouvre-bouche appliqué du côté gauche, avec un davier légèrement courbé et à mors longs et affilés nous saisîmes la molaire, et, après quelques efforts, l'extraction se termina sans autre difficulté, car dans ces cas il y a presque toujours une certaine mobilité de la dent, produite par l'inflammation chronique du périoste qui facilite son décollement. Le soulagement fut immédiat et radical, car une grande quantité de pus fétide échappé par l'alvéole diminua la tuméfaction et permit l'entrée de l'air dans les poumons.

Nous ordonnâmes avec plus d'insistance la désinfection qu'il pratiquait depuis le premier jour et les applications chaudes, afin de faciliter l'écoulement du pus et de nettoyer la surface de l'abcès. Les toniques à l'intérieur et l'alimentation convenable furent recommandés spécialement, parce que le malade s'était sérieusement affaibli.

Tout allait pour le mieux, quand, au bout de quatre jours, le malade constata effrayé, que la douleur revenait ; quand même la bouche et la langue avaient acquis presque leur mobilité ordinaire, la difficulté augmentait d'un moment à l'autre, et le médecin appelé sur place nous renvoya le malade pour savoir notre opinion. La bouche était en bon état, le gosier libre; seulement, on voyait le pharynx rouge et tuméfié, la respiration très difficile, surtout au moment de l'inspiration ; nous crûmes sûrement qu'il s'agissait d'un œdème de la glotte ou d'un autre abcès dans le voisinage.

En présence de la difficulté de la voir et de l'atteindre avec un bistouri pour dilater l'abcès, nous ordonnâmes un vomitif.

Le succès le plus complet couronna notre intervention, car, avec l'effort du vomissement, la tumeur s'ouvrit, une certaine quantité de pus mêlé avec du sang fut crachée par le malade, et tout rentra dans l'ordre naturel quand la respiration se fit. Quelques jours plus tard nous sûmes que le mal était guéri complètement, sans aucun autre accident.

Un cas pareil raconté par le D^r Citrine se termina par une mort subite à cause d'un œdème aigu de la glotte, et ce docteur, en parlant de cette maladie, dit : « L'affection ordinairement désignée sous le nom impropre d'angine de Ludwig est une des complications de l'arthrite alvéolo-dentaire d'une molaire de la mâchoire inférieure, dont les produits infectieux, accumulés dans le maxillaire, ont produit, par un mécanisme de pression continue et progressive, une résorption ou une rupture de la paroi interne, pour s'infiltrer dans le tissu cellulo-adipeux du plancher de la bouche ». Voilà justement l'explication la plus claire de la pathogénie du cas dont nous venons de parler.

---

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

### I. — Syphilis acquise dans le jeune age

Par M. le professeur Fournier.

Nous venons de voir à la visite une femme affectée de trois chancres du sein qui lui ont été transmis par un petit enfant de quelques mois, lui-même atteint d'un chancre induré des lèvres actuellement cicatrisé. Cet enfant a été contagionné par sa tante à la garde de laquelle il avait été confié et qui, elle, présente des plaques muqueuses labiales. Voilà donc un cas de syphilis acquise dans l'enfance, syphilis se produisant avant l'âge des contagions vénériennes.

Quand on constate chez un enfant une lésion tertiaire de la syphilis, une gomme du voile du palais, par exemple, à quoi pense-t-on de préférence ? Cette syphilis peut tenir à deux causes : elle peut être héréditaire ou acquise. Or, on songe tout de suite à la première de ces causes, ce qui est absolument correct et légitime ; cependant, on néglige trop la deuxième, non pas qu'on l'ignore, mais parce qu'on la juge plutôt comme une éventualité rare.

C'est contre ce préjugé que je veux m'élever aujourd'hui : la syphilis acquise du jeune âge n'est pas seulement admissible, mais elle est beaucoup moins rare qu'on ne le croit, elle se présente avec une fréquence qui dépasse le niveau accrédité.

Si l'on parcourt les journaux de médecine, les thèses, les monographies, on est étonné du nombre des cas relatifs à la syphilis acquise du jeune âge ; au bout de quelques semaines, on les compte par centaines ; à Saint-Louis, qui n'est pourtant pas un hôpital d'enfants, nous voyons chaque année cinq à six cas indéniables d'enfants contaminés par la syphilis.

C'est donc une question d'importance considérable, aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue hygiénique, que nous allons étudier.

Les sources de la syphilis acquise chez l'enfant sont extraordinairement multiples, mais nous pouvons les ranger sous quatre chefs principaux : les deux premiers spéciaux aux enfants ; les deux derniers pouvant également se rencontrer chez les adultes. Ce sont : 1° l'allaitement ; 2° l'élevage ; 3° les attentats ; 4° les contagions médicales.

*Allaitement.* — Quantité d'enfants sont infectés de la sorte, et reçoivent la syphilis de leur nourrice ; le fait est indéniable et malheureusement trop peu connu des gens du monde. Le plus souvent les choses se passent ainsi : ou la nourrice est préalablement syphilitique quand elle vient s'offrir, et elle infecte son enfant par des plaques muqueuses de la bouche et du sein ; ou — et c'est le cas le plus commun — la nourrice est tour à tour victime et coupable : une nourrice saine reçoit en garde un enfant en apparence sain, mais qui est syphilitique et la contagionne ; puis elle contagionne à son tour son propre enfant, et ultérieurement un ou plusieurs nourrissons qu'elle prend après la mort du premier.

Une autre cause de contagion tient à un malaise que l'on indique sous le nom d'engorgement du sein quand le sein de la nourrice est trop plein ; soit que l'enfant n'ait pas ou ait mal tété, ou qu'il soit mort, le sein s'engorge et la nourrice, qui en souffre, donne à le vider. On voit alors dans les bureaux de placement des femmes qui donnent le sein à un, deux, jusqu'à dix enfants, au premier venu, jusqu'à ce qu'elles aient trouvé un autre nourrisson à élever.

Or, rien n'est dangereux comme la promiscuité du sein ; ce sein donné à tout venant engendre et dissémine la syphilis. Cela va bien tant qu'aucun enfant n'a la syphilis ; mais quand le fait se produit, ainsi que je l'ai observé récemment, on peut juger des conséquences qui en résultent.

*Elevage.* — La syphilis du jeune âge a très souvent sa cause dans les conditions multiples de l'élevage.

Le germe vient de la famille même de l'enfant, et presque toujours de la mère, qui est accouchée depuis quelque temps, prend la syphilis, et la communique à son enfant par ses baisers.

La maladie provient des bonnes, des domestiques, etc.

En voici deux exemples. Un enfant de 18 mois présente des ulcérations typiques de la langue, et la bonne qui le gardait présentait des plaques muqueuses buccales ; elle raconte que l'enfant avait l'habitude de se téter le doigt et de le mettre dans la bouche de sa bonne et de tous ceux qui l'approchaient. C'est évidemment de cette façon qu'il avait contracté la syphilis.

Dans l'autre cas, c'est un enfant de 22 mois qui a un chancre induré du cou, la bonne a des plaques muqueuses de la bouche et a la coutume d'embrasser l'enfant sur le cou.

Les enfants peuvent acquérir la syphilis d'autres enfants, comme eux ; ils ont l'habitude de s'embrasser entre eux et de porter à la bouche tout ce qu'on leur donne. Une jeune fille de 19 ans fut infectée par un enfant de 6 ans qui l'embrassait ; une fillette de 9 ans, qui portait sur le bras gauche un bébé, prit un chancre induré à l'avant-bras : cette enfant était syphilitique et avait les régions périnéales, vulvaires et fessières criblées de plaques muqueuses.

Les voisins, les passants, les familiers de la maison peuvent aussi transmettre la syphilis aux enfants : c'est encore le baiser qui est ici le mode le plus fréquent de l'infection.

Les enfants sont embrasseurs et embrassés : on a dit avec raison que l'enfant est fait pour le baiser, l'attire et le provoque sans cesse. Une

femme qui apportait chaque jour le pain à la maison, embrasse un jeune enfant, chez lequel se développa, à la suite de ce baiser, un chancre à la paupière.

Rollet parle d'un enfant de 15 mois qui, ayant été embrassé par une voisine, prostituée, contracta un accident syphilitique au visage et transmit la maladie à cinq personnes de sa famille : à deux frères, à deux sœurs et à sa grand'mère.

La contagion peut enfin être due aux mille hasards et détails de la vie en commun ; la misère, le défaut d'hygiène, la favorisent. Les ustensiles de ménage sont souvent communs à plusieurs personnes, le biberon, par exemple.

Dans une famille, un nourrisson prit un chancre syphilitique buccal, et on se rendit compte qu'une jeune ouvrière qui venait en journées dans cette famille, avait à plusieurs reprises amorcé le biberon : cette jeune fille était affectée de plaques muqueuses des lèvres.

Une autre fois, c'est une enfant de trois semaines qui présente des accidents syphilitiques de la vulve ; la crèche où elle se trouvait avec d'autres enfants ne possédait qu'une éponge, avec laquelle on lavait tous les enfants.

Un lit commun peut servir à transmettre la syphilis, soit à cause des souillures des draps, soit par le contact même des parties.

Les vers, les cuillers peuvent servir à propager la maladie.

Bertin rapporte le cas suivant. Une petite fille de 4 mois avait un chancre induré de la vulve ; les parents étaient indemnes, mais on l'avait confiée à une tante habitant en province et affectée de syphilis. Pressée de questions, la tante déclara qu'à cause du froid elle lavait la vulve de cette enfant avec de l'eau tiédie dans la bouche, et qu'elle crachait dans une cuvette. C'est avec cette infusion de plaques muqueuses qu'elle infecta l'enfant.

*Attentats.* — Les attentats sont heureusement rares, mais on en trouve néanmoins des exemples. Ce ne sont pas seulement des passions honteuses qui sont le mobile de tels crimes, mais il y en a d'autres plus odieux encore. Pour certaines natures imbéciles et dépravées, il existe un préjugé ignoble qui leur fait croire que l'on peut se débarrasser de la vérole en la communiquant à un organisme vierge, mâle ou féminin. Ce préjugé est encore répandu dans le peuple, les petites filles en sont le plus souvent les victimes, mais les petits garçons le sont aussi.

On a vu des femmes abuser d'un jeune garçon dans ce but.

Les liens du sang n'ont pas empêché quelquefois la perpétration de crimes de cette nature : on a vu des cas de transmissions syphilitiques du père à la fille, du frère à la sœur.

On a vu enfin des enfants contagionnés par un autre enfant dans un simulacre de coït.

*Contagions médicales.* — La syphilis peut être transmise par les mains non lavées du médecin, par du pus syphilitique resté sur des instruments, sur un spéculum, une lancette, un cathéter, etc.

Il existe une autre cause de contagion, spéciale, religieuse, la circoncision, pratique usitée dans le rite israélite. Il y a trente ou quarante ans, on constata tout à coup une infection syphilitique chez un grand nombre d'enfants circoncis. Ricord, désigné comme expert, découvrit l'origine de cette épidémie : suivant le rite, la section du prépuce est suivie de l'application des lèvres de l'opérateur, afin de sucer la plaie ; or, il s'est trouvé que l'opérateur avait la vérole.

Les sages-femmes ont parfois des pratiques susceptibles de trans-

mettre la syphilis aux nouveau-nés. Une, par exemple, avait un moyen sûr pour guérir la plaie du cordon ombilical : elle mouillait deux doigts avec sa salive, et en frottait la plaie. Un jour, cette sage-femme devient syphilitique, et elle infecte par sa pratique 35 familles.

La syphilis peut être transmise de la mère à l'enfant, alors que la mère l'a reçue elle-même par des pratiques diverses. La contamination peut se faire enfin par le vaccin : on en a cité de nombreux exemples survenus en Italie, en Chine, etc.

En résumé, l'allaitement est le principal mode d'acquisition de la syphilis dans le jeune âge, mais les cas de contamination chez l'enfant sont nombreux et variés. Je pense donc être maintenant parvenu à vous convaincre que la syphilis acquise par contagion dans les premières années, sans être fréquente, n'est cependant pas aussi rare qu'on est tenté de le supposer.

(*Indépendance médicale.*)

## II. — Sur la chronologie dentaire

Par M. le Dr Paul Raugé.

I. — En médecine, comme ailleurs, il est des choses qu'on doit incessamment rapprendre, et dont on a dit que, pour les savoir, il faut les avoir oubliées sept fois. Sans doute on peut se consoler de ne plus avoir très présentes les quinze branches de la maxillaire interne, et l'on n'en est pas moins un bon praticien même si l'on s'embrouille un peu dans les origines réelles des nerfs craniens. Mais il est plus désagréable de se trouver au dépourvu sur une question de pratique courante que nul n'est censé devoir ignorer et sur laquelle nous sommes exposés à être interrogés tous les jours.

La chronologie de la dentition est un de ces sujets fâcheux qu'on apprend pour les examens et qu'on se hâte d'oublier ensuite. C'est pourtant un de ceux sur lesquels la curiosité de nos clients nous tend le plus souvent des pièges. Quel est celui d'entre nous à qui il n'est pas arrivé de ressentir quelque embarras en se voyant mis en demeure de répondre à brûle-pourpoint à une question de ce genre : « Docteur, mon bébé a deux ans ; il n'a encore que douze dents. Trouvez-vous qu'il soit en retard ? » Ou bien : « Je ne veux sevrer mon enfant que lorsqu'il aura ses *dents de l'œil.* Jusqu'à quand faut-il que j'attende ? » Ou encore : « Ma fille a neuf ans. Sa première petite molaire est cariée. Croyez-vous qu'elle reviendra si je la lui fais arracher ? »

On comprend combien il importe au prestige du médecin d'avoir constamment dans l'esprit les dates du calendrier dentaire, et d'être toujours prêt à résoudre rapidement ce petit problème de pratique : étant donné l'âge d'un enfant, où en est-il présentement de l'évolution de ses dents? Quelles sont celles qu'il possède et quelles sont, parmi celles-ci, les dents qui sont définitives et celles qui sont provisoires ?

Je sais bien que l'on peut toujours aller rafraîchir sa mémoire dans un traité d'anatomie et en rapporter, *doctus cum libro*, la solution qu'on nous demande. Mais, sans compter que la réponse ne souffre pas d'atermoiement, il faut savoir que les auteurs ne sont pas précisément d'accord et que les dates de l'apparition ou du renouvellement des dents diffèrent d'un traité à l'autre dans des proportions imprévues. Comparez à ce point de vue les chiffres donnés par Sappey ou Cruveilhier avec ceux que vous trouverez dans les anatomies plus récentes. Vous constaterez par exemple que l'éruption de la canine de lait, que Sappey plaçait entre seize et vingt-quatre mois (*Anatomie descriptive*, 2e édition,

t. IV, p. 116), et Cazeaux entre dix-huit et vingt-deux mois (*Traité des accouchements*, 6e édit., p. 972), est présentement reculée entre le vingt-quatrième et le trentième mois (Debierre, *Anatomie de l'homme*, t. II, p. 449), voire entre le vingt-huitième et le trente-quatrième (Testut, *Traité d'anatomie humaine*, 2e édit., t. III, p. 457). Vous trouverez pareillement que l'apparition de la première grosse molaire, fixée à cinq ans par Sappey, est placée entre cinq et six par M. Debierre, et de six à sept par M. Testut.

Il est juste d'ailleurs de reconnaître que les faits sont, sous ce rapport, presque aussi contradictoires que les livres, et que l'histoire de l'évolution dentaire présente, d'un sujet à l'autre, de fréquentes et très larges variations. On n'a donc pas d'autre ressource que de se faire sur ce point une sorte d'opinion moyenne, et de trouver quelque artifice pour l'enraciner dans sa mémoire.

J'ai pensé qu'il serait utile de faire profiter le lecteur de petits moyens mnémotechniques qui m'ont réussi pour moi-même et qui permettent, en retenant seulement quelques formules et deux ou trois chiffres très simples, de reconstituer rapidement le tableau de l'évolution dentaire, et de résoudre séance tenante toutes les questions qui s'y rattachent.

Commençons par rappeler sommairement l'histoire de cette évolution. Nous verrons ensuite à trouver le moyen de la retenir.

II. — Moins favorisé que les poissons, les amphibiens et les reptiles, chez lesquels les dents usées se remplacent indéfiniment et par un renouvellement continu, l'homme possède, comme on sait, deux dentitions successives, d'ailleurs assez mal réparties, puisque les dents dites de lait ne servent qu'aux premières années de la vie, pendant que les dents permanentes suffisent comme elles peuvent à tout le reste. Le changement de dentition est d'ailleurs une attribution commune à presque tous les mammifères : à l'exception des édentés et des cétacés, qui ne renouvellent aucune dent (monophyodontes), et des marsupiaux qui n'en changent que quatre, toute la classe des mammifères possède comme nous la double dentition (diphyodontes).

La première dentition de l'homme comprend vingt dents, réparties en cinq groupes : les quatre dents de chaque groupe sont symétriquement placées sur chaque moitié des deux mâchoires. Ce sont, de dedans en dehors :

Les quatre incisives médianes ;
Les quatre incisives latérales ;
Les quatre canines ;
Les quatre premières petites molaires ;
Les quatre secondes petites molaires.

A partir de la huitième année, ces vingt dents, dites provisoires, commencent, l'une après l'autre, à disparaître, et laissent leur place à un système plus complet, qui ne diffère du premier que par l'adjonction de trois nouveaux groupes formant les douzes grosses molaires. Nous possédons par conséquent, une fois l'évolution achevée, un total de trente-deux dents, qu'on désigne, par un doux euphémisme, sous le nom de dents définitives, sans doute pour exprimer ce fait qu'on les perd aussi bien que les autres, mais qu'on ne les remplace plus.

La sortie des dents provisoires se fait entre six à huit mois et deux ans et demi ou trois ans, et cela dans l'ordre suivant :

L'enfant possède :
Vers six mois les quatre incisives médianes ;
Vers un an les quatre incisives latérales ;
Vers un an et demi les quatre premières petites molaires ;

Vers deux ans les quatre canines;

Vers deux ans et demi ou trois ans, les quatre petites molaires externes.

Ajoutons que, pour chaque groupe, ce sont ordinairement les deux dents inférieures qui apparaissent les premières, et que les quatre dents du groupe se montrent presque coup sur coup.

Ainsi, vers deux ans et demi, trois ans au plus tard, l'enfant est généralement pourvu de toutes ses dents temporaires. Il demeure désormais trois ou quatre ans dans une sorte de *statu quo*, et conserve ces « dents de lait » jusque vers la sixième année. C'est alors que commence le renouvellement qui va supprimer peu à peu ces organes caducs, et les remplacer l'un après l'autre par la dentition permanente.

Ce renouvellement successif s'accomplit exactement dans le même ordre que s'est faite l'éruption des dents de lait, avec toutefois cette particularité que le groupe le plus interne des grosses molaires, qui sont, nous l'avons vu, des dents surajoutées, précède l'apparition des dents de remplacement proprement dites. On a nommé *dents de sept ans* ce groupe des premières grosses molaires, qui ne prend pas la place d'un groupe préexistant, mais surgit dans un espace libre et encore inoccupé des maxillaires. C'est lui qui donne le signal de la seconde dentition, pendant que le groupe suivant, celui des grosses molaires moyennes, reste encore longtemps endormi et ne paraîtra que beaucoup plus tard, si bien qu'entre l'apparition de ces deux dents voisines, la première et la seconde grosse molaire, se placent la chute et le remplacement de toutes les dents temporaires, c'est-à-dire six ou sept ans.

Voici l'ordre et les dates moyennes suivant lesquelles s'accomplit la seconde évolution dentaire :

Les premières grosses molaires sont généralement sorties à six ou sept ans;

Les incisives médianes à huit ans;

Les incisives latérales à neuf ans ;

Les premières petites molaires à dix ans;

Les canines à onze ans;

Les secondes petites molaires à douze ou treize ans;

Les secondes grosses molaires à treize ou quatorze ans.

Quant aux troisièmes grosses molaires, celles qu'on a nommées dents de sagesse, elles ne se montrent qu'à vingt ou trente ans, et quelquefois plus tard encore. C'est un groupe aussi retardataire que celui des premières grosses molaires était précoce, et cette double raison fait que l'éruption des trois grosses molaires (sept ans, quatorze ans, vingt-cinq ans) est séparée par de si longs intervalles.

III. — Cet exposé chronologique paraît assurément fort simple et très facile à retenir. Cela n'empêche pas qu'au bout de quinze jours on l'aura parfaitement oublié, si l'on n'a soin de jalonner dans sa mémoire les détails et surtout les dates de cet épisode important dans l'histoire du développement organique.

Commençons pour cela par bien séparer les éléments de la question. Il n'y a en réalité que trois choses à retenir :

1° *Le nombre et la désignation* des dents que comprend respectivement chacune des deux dentitions successives;

2° *L'ordre* d'apparition de chacun des groupes dentaires;

3° *L'époque* précise où naît chacun de ces groupes.

Reprenons isolément ces trois points et cherchons, pour chacun d'entre eux, une formule qui les fixe dans la mémoire :

1° *Composition des deux dentitions.* — Le système des dents temporaires

comprend, nous l'avons vu, vingt dents, toutes destinées à disparaître.

Celui des dents définitives en comprend trente-deux, savoir :

Vingt dents de remplacement vrai, qui succèdent aux dents de lait, à la même place, avec le même nom et à peu près sous la même forme qu'elles.

Douze dents de formation nouvelle, représentées par les trois groupes des grosses molaires.

Remarquons déjà ce fait important et utile à retenir en pratique, c'est que toutes les grosses molaires ne poussent qu'une seule fois. On peut donc toujours affirmer, quel que soit l'âge du sujet, qu'une grosse molaire arrachée est définitivement sacrifiée et ne sera pas remplacée, alors qu'on peut impunément enlever une petite molaire, pourvu qu'on le fasse en temps opportun, c'est-à-dire avant l'époque de son renouvellement.

2° *Ordre d'apparition des dents.* — Il s'exprime par une loi très simple, sujette, il est vrai, à de nombreuses exceptions, mais représentant, sauf anomalies, le type de l'évolution naturelle.

Les dents apparaissent par groupes de quatre, formés, sur chaque maxillaire, d'une paire de dents symétriques et de même nom. Les deux dents de la paire inférieure apparaissent généralement les premières, en même temps ou à quelques jours d'intervalle. Elles sont suivies de très près par la paire supérieure correspondante.

Quant à la succession des groupes, elle se fait, dans la première comme dans la seconde dentition, en partant de la ligne médiane, et se poursuit de dedans en dehors vers les extrémités des bords alvéolaires. Cependant cette marche régulière n'est pas tout à fait absolue ; elle est rompue à deux reprises par l'éruption prématurée de deux groupes qui semblent plus pressés que les autres, et se montrent avant leur tour :

La première de ces infractions est due à l'éruption précoce de la petite molaire interne, qui prend le pas sur la canine et précède l'apparition de celle-ci, alors qu'elle devrait la suivre.

La première grosse molaire est également en avance ; elle l'est même de beaucoup, puisqu'elle passe, avons-nous vu, devant toute la série des vingt dents de remplacement, qui sont cependant plus internes qu'elle.

En résumé, il suffit de retenir que l'éruption gagne, de proche en proche, de l'incisive interne à la dernière molaire, quitte à corriger après coup la simplicité de cette formule, en tenant compte de l'anticipation des premières molaires, petite et grosse.

3° *Epoque de l'apparition de chaque groupe.* — S'il fallait retenir isolément la date de l'éruption de chaque dent ou seulement de chaque groupe, on reculerait assurément devant cet effort de mémoire. Mais si l'on se reporte aux tableaux où nous avons résumé tout à l'heure les deux évolutions dentaires, on s'apercevra que les chiffres qui expriment les époques des éruptions offrent dans leur succession une certaine régularité, qui va peut-être nous les rendre plus faciles à retenir.

On constate en effet que, dans la première aussi bien que dans la seconde dentition, il existe un intervalle constant entre l'apparition de deux groupes successifs. Cet intervalle est de six mois pour la dentition temporaire, d'un an pour les dents permanentes.

Si l'on ajoute à cette donnée que, pour la première dentition, le groupe initial apparaît vers six mois, vers six ou sept ans pour la seconde, on aura tous les éléments pour reconstituer de mémoire les deux séries de chiffres qui forment le tableau chronologique de l'une et l'autre dentition. Chacune d'elles n'est, en somme, qu'une progression arithmétique très simple, qu'on peut aisément rétablir si l'on se souvient seule-

ment, d'une part, de son premier terme, d'autre part, de la différence entre les termes successifs, c'est-à-dire de ce que les mathématiciens appellent la *raison* de la progression.

On me demande, par exemple, à quel âge sortent les canines temporaires. L'eussé-je complètement oublié, il me suffira d'un calcul très simple pour retrouver cette donnée ; je sais que, par ordre d'éruption, le groupe des canines apparaît le quatrième. Il s'est donc écoulé trois périodes de six mois entre l'éruption des canines et celle du groupe initial. Et comme je sais que ce premier groupe s'est montré lui-même à six mois, j'assigne immédiatement aux canines leur époque d'apparition : deux ans. Il m'a suffi, pour retrouver ce chiffre, de connaître trois éléments fort simples et presque impossibles à oublier : le rang d'éruption des canines (quatrième), l'époque d'apparition du premier groupe (six mois) et l'intervalle de deux éruptions successives (six mois). Ces deux dernières données numériques sont d'autant plus faciles à retenir, que le hasard a bien voulu les faire exactement pareilles.

On va sûrement m'objecter qu'au lieu de retenir trois éléments distincts, il eût peut-être été plus simple de se rappeler directement la date de l'apparition des canines. Mais il ne faut pas oublier que ces éléments ont une valeur générale, qu'ils sont comme la clef de toute la question, et qu'ils permettent à eux seuls de fixer la naissance de n'importe quel groupe dentaire.

Supposons maintenant qu'on demande l'époque de l'apparition d'un groupe de dents permanentes, les secondes petites molaires, je suppose. Nous savons d'abord que ce groupe est le sixième à apparaître. Nous savons aussi que, dans la seconde dentition, il s'écoule un intervalle d'un an entre l'éruption de chaque groupe. Il s'est donc écoulé cinq ans depuis l'apparition du groupe initial, qui est sorti lui-même à six ou sept ans. Par conséquent c'est vers douze ans que se montrent les secondes petites molaires.

Il suffit d'appliquer, en somme, le théorème connu : dans une progression arithmétique un terme de rang quelconque égale le premier terme, plus autant de fois la raison qu'il y a de termes avant lui.

Ici comme tout à l'heure, tout l'effort de mémoire consiste à retenir : 1° le premier terme de la progression, qui est l'époque de l'apparition du premier groupe (sept ans) ; 2° la raison de la progression, qui est l'intervalle entre l'éruption de deux groupes (un an).

Dans les deux exemples qui précèdent nous nous sommes simplement proposé de retrouver, par un calcul facile, la date plus ou moins oubliée de chaque éruption dentaire. Mais le problème peut aussi se poser d'une autre manière, et c'est le plus souvent sous cette seconde forme qu'il se présente dans la pratique :

Connaissant l'âge d'un sujet, quelles sont les dents qu'il possède, provisoires ou permanentes, quelles sont celles qui sont encore à naître et celles qui sont à remplacer ?

Cela semble très compliqué, et cependant rien n'est plus simple que d'établir à toute époque, et toujours avec les mêmes données, le bilan de l'évolution dentaire.

Où en est de sa dentition, par exemple, un enfant âgé de vingt mois ?

Le calcul est facile. Il a eu, à six mois, ses incisives internes, à un an ses incisives externes, à dix-huit mois ses premières prémolaires. Il possède donc douze dents. Pour achever sa dentition de lait, deux groupes lui manquent encore : les canines et les secondes prémolaires.

Autre cas : quel est, chez un enfant de neuf ans, l'état d'avancement du renouvellement dentaire ?

Nous savons qu'à six ou sept ans sont sorties les premières grosses molaires, qu'à huit ans les incisives internes ont été remplacées; à neuf ans les incisives externes. Il lui reste à renouveler ses prémolaires et ses canines, puis à constituer deux groupes nouveaux, les secondes et les troisièmes grosses molaires.

En somme, on peut formuler comme il suit la règle pratique qui permet de retrouver, quand on en a besoin, toutes les dates de la chronologie dentaire :

1[re] *dentition. — Le premier groupe (incisives internes) se montre à six mois en moyenne.*

*Pour trouver l'époque d'apparition d'un des groupes consécutifs, il suffit d'ajouter à cet âge de six mois autant de fois six mois qu'il a paru de groupes dentaires avant celui dont il s'agit.*

2[e] *dentition. — Le premier groupe (premières grosses molaires) se montre en général vers sept ans.*

*Pour trouver l'époque de l'apparition d'un des groupes consécutifs, il suffit d'ajouter à cet âge de sept ans autant d'années qu'il a paru de groupes avant celui dont il s'agit.*

IV. — Nous pouvons résumer maintenant toute l'histoire de l'évolution dentaire, depuis l'apparition des premières incisives temporaires, jusqu'à celle des dents de sagesse.

Pendant les six premiers mois de la vie, c'est le repos complet, du moins le repos apparent. Sans doute il se fait, dès ce moment, un travail de formation continu, et l'on trouve déjà, dans les maxillaires, les follicules des dents de lait et même ceux des dents permanentes. Mais cette évolution souterraine ne se manifeste pas au dehors ; elle ne devient apparente qu'au moment où la première incisive, élaborée dans l'épaisseur des tissus, perfore enfin la muqueuse de la gencive et se montre toute formée sur le rebord alvéolaire.

Entre six mois et deux ans et demi se place la période la plus active de l'existence, au point de vue des formations dentaires. A intervalles plus ou moins réguliers, mais toujours avec des périodes d'arrêt qui semblent des temps de repos, on voit toutes les dents temporaires se succéder suivant des lois assez constantes pour qu'on puisse, dans la pratique, établir, d'après l'âge de l'enfant, l'état présent de son budget dentaire.

De trois à six ans l'enfant se repose, muni de ses vingt dents de lait. Puis commence le remplacement de toutes les dents temporaires, précédé, comme nous l'avons déjà vu, de l'apparition très précoce des premières grosses molaires.

Vers douze ans, ce remplacement est achevé. Pour compléter sa dentition définitive, le sujet n'a plus qu'à attendre l'éruption des huit dernières grosses molaires ; les moyennes suivent presque sans retard le remplacement des dents provisoires. Les externes (dents de sagesse) ne se montrent qu'à une période avancée de l'âge adulte.

Remarquons encore qu'avant six ou sept ans toutes les dents sont provisoires, que de sept à douze ou treize ans les unes sont encore renouvelables et les autres définitives, qu'après cet âge enfin tout est renouvelé, et qu'à partir de ce moment toute dent tombée ne repousse plus.

Peut-être va-t-on me reprocher d'un peu trop schématiser les choses, et me dire que la dentition n'a pas toujours cette marche régulière. Il est notoire assurément que les détails de cette évolution offrent de fréquentes anomalies, et qu'on rencontrera souvent dans la pratique des cas plus ou moins irréguliers, et quelquefois entièrement réfractaires à la

règle commune. Mais, parce que les anomalies échappent à toute méthode, s'ensuit-il qu'on doive renoncer à systématiser les faits normaux ?

Quant aux dates que j'ai adoptées, ce sont, je l'ai dit, des moyennes, l'époque de chaque éruption dentaire n'ayant rien d'absolument fixe. Du reste, je ne les ai pas arrangées à plaisir pour la commodité de mes formules et dans le désir méritoire de les rendre faciles à retenir. Ce sont, à très peu près, les chiffres de Sappey, sauf pour les premières grosses molaires, qu'il fait, je crois, un peu précoces, en fixant leur irruption à cinq ans.

(*Bulletin médical*, 3 octobre.)

## III. — Voute palatine en ogive. — Déviations dentaires et végétations adénoides

Par le Dr Goure, chirurgien-dentiste.

Depuis longtemps la question des végétations adénoïdes a tenté les auteurs, et la lecture de ce qui a été écrit depuis W. Meyer sur ce chapitre de la pathologie, serait extrêmement longue ; malgré tout, la discussion n'est pas encore close.

Loin de nous la pensée d'intervenir dans le domaine propre aux rhinologistes ; en tant que stomatologiste, nous nous contenterons d'aborder ce qui touche à l'art dentaire. Nous n'étonnerons personne en affirmant ici que l'opinion à peu près générale est celle qui tend à faire croire que les déviations dentaires et les déformations de la voûte palatine sont des manifestations *directes* de la présence des végétations adénoïdes dans le rhinopharynx. Tel n'est pas notre avis, et tout ceci n'a pour but que de le démontrer ; c'est une opinion personnelle qui n'a été soutenue par aucun auteur à ce jour, — du moins n'avons-nous rien lu de semblable.

Et d'abord, constatation clinique que tous les médecins en général et les rhinologistes en particulier ont l'occasion de faire, tous les enfants ou adultes porteurs de tumeurs adénoïdes n'ont pas *tous* leurs dents déviées ou une malformation de la voûte palatine.

Inversement, tous les enfants qui ont une ou plusieurs dents mal ordonnées ou de l'ogivité de la voûte palatine n'ont pas rigoureusement tous des végétations adénoïdes.

Ces faits, que nous avons pu constater très fréquemment parce que nous y avions porté particulièrement notre attention, avaient cependant besoin en quelque sorte d'une consécration clinique ; c'est pourquoi nous avons recueilli vingt-sept observations absolument probantes à cet égard, lesquelles se décomposent comme il suit :

Sur quatorze enfants de 6 à 12 ans, huit avaient leur voûte palatine normale, cinq l'avaient légèrement atrésiée, un l'avait fortement ogivale, et dans les 14 cas une seule fois une canine était déviée au maxillaire supérieur.

Sur 13 sujets au-dessus de 12 ans, nous avons trouvé 7 fois la voûte palatine d'esthétique parfaite, 6 fois elle était légèrement atrésiée, et dans cinq cas seulement il y avait des dents déviées.

Les malades qui font l'objet de cette petite statistique n'ont pas été choisis ; ils ont été examinés selon l'ordre chronologique, c'est-à-dire selon les hasards de leur présentation à la consultation externe de l'hôpital Lariboisière ; c'est en effet dans ce service spécial, que dirige notre maître le docteur Gouguenheim, qu'il nous a été obligeamment permis de prendre les données de ce petit travail; on ne peut donc pas

nous accuser d'un parti pris quelconque, ou d'avoir fait un choix judicieux plaidant en faveur de notre cause.

Il est bien entendu que dans les 27 cas il existait des végétations adénoïdes, que nous avons pu constater *de visu* après leur arrachement à la pince.

Ceci posé, nous pouvons affirmer d'ores et déjà que non seulement on trouve des adénoïdiens ayant leur voûte palatine normale et leurs dents en bon ordre, mais encore qu'ils sont en majorité si on les compare à ceux qui ont des désordres intrabuccaux.

L'adénoïdien dort la bouche ouverte, et respire le plus souvent par le nez, d'où sécheresse de la gorge; ceci produirait, d'après quelques auteurs, un certain défaut de nutrition et un arrêt d'expansion du ou des maxillaires, pouvant donner lieu aux désordres qui font l'objet de cette discussion. Cet argument ne nous paraît pas valoir l'honneur que l'on s'y arrête ; une seule chose le prouve : nous avons vu maintes fois des adénoïdiens ayant le pharynx absolument *farci* de végétations adénoïdes, porteurs d'un anneau de Waldeyer empêchant complètement la respiration nasale, et ne présentant cependant aucune de ces anomalies. Nous n'y voyons, nous, qu'un trouble physiologique d'ordre général, acquis ou héréditaire, qu'un manque de nutrition dû au lymphatisme, à la scrofulose, à la syphilis, au rachitisme, etc., etc., mais nous pouvons dire que l'on n'observe l'ogivité de la voûte palatine que chez les dolichocéphales, et tous les dolichocéphales ne sont pas exclusivement des adénoïdiens !

Quelques auteurs ont prétendu que, l'air ne pouvant arriver par le méat moyen dans l'antre d'Hygmore, celui-ci ne pouvait ainsi compléter son extensibilité et qu'il entraînait par conséquent l'ogivité. D'abord, il n'est pas prouvé que l'arrivée de l'air dans les sinus maxillaires active leur extension, cela peut être un pur effet physiologique ; dans ce cas aussi l'on pourrait constater des déformations *unilatérales*, ce qui n'a pas lieu ; mais alors même que cette condition existerait, l'arrivée de l'air ne pourrait que laisser les choses en bon état, si la lame externe se développait; si c'était au contraire la lame interne qui proéminât dans la bouche, l'ogivité serait alors provoquée ; nous comparons dans ce cas les parois du sinus à un ballon extensible se bombant du côté externe ou jugal et du côté interne ou palatin. Enfin, comme il est dit à peu près plus haut, comment tenir compte des cas où l'obstruction nasale n'a lieu que d'un seul côté, alors que les désordrés palatins sont symétriques? Le développement des sinus maxillaires qui a lieu jusqu'à un âge très avancé, la vieillesse même, ne peut entraîner simultanément celui des maxillaires dont le volume maximum est acquis à une époque bien antérieure.

En ce qui regarde les déviations dentaires, c'est le plus souvent sur les dents antérieures que l'on constate ces anomalies, ce qu'on explique très bien si l'on considère que l'on a toujours affaire à des dolichocéphales dont le maxillaire resserré n'a plus assez d'espace pour loger les dents, de sorte que celles-ci se dévient par rotation sur leur axe ou suivant un axe quelconque.

Nous avons promis plus haut de ne pas empiéter sur le domaine rhinologique, mais nous ne pouvons néanmoins passer sous silence les nombreuses incriminations dont on a chargé les végétations adénoïdes, prouvant ainsi que la théorie que nous combattons ici n'est pas la seule exagération commise. On leur a imputé bien à tort quelques accidents survenus : des déformations thoraciques, des incontinences d'urine, du somnambulisme, de la chorée, etc., Il faut croire que les malades qui

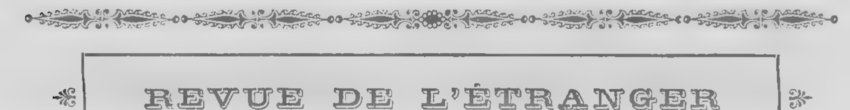
ont eu ces complications étaient singulièrement prédisposés, et l'on peut dire que chez les derniers, par exemple, l'hérédité nerveuse était un facteur autrement important, ainsi qu'il résulte du lymphatisme pour notre cas particulier.

Néanmoins que l'on n'aille pas nous accuser d'un dédain absolu pour les tumeurs adénoïdes; nous avons été trop souvent témoin des désordres respiratoires et même généraux subis par le jeune malade, qui fait des efforts de respiration et inonde son estomac de mucosités plus ou moins septiques, pour ne pas en conclure qu'il peut en résulter de l'infection en même temps qu'une entrave dans la nutrition tant alimentaire que respiratoire, si je peux m'exprimer ainsi. Bien mieux, nous sommes exclusiviste au point de juger toujours utile, sinon indispensable, l'intervention opératoire, et si nous ne conduisons pas nous-même la famille auprès du rhinologiste, nous lui donnons toujours le conseil de consulter ce dernier. En revanche si, avec les végétations adénoïdes, il existe une ogivité de la voûte palatine et des déviations dentaires pour lesquelles on est venu nous trouver, nous faisons bien ressortir que l'opération des végétations adénoïdes ne détruira pas ces désordres; que si le rhinologiste ébauche l'œuvre, le dentiste la complète en plaçant en temps utile un appareil de prothèse efficace.

En résumé, les végétations adénoïdes, la voûte palatine en ogive et les déviations dentaires, peuvent exister indépendamment les unes des autres; cette ogivité palatine constatée chez les dolichocéphales est due à un trouble de cause générale acquise ou héréditaire : lymphatisme, scrofulose, syphilis, etc., etc.

La suppression des tumeurs adénoïdes est indispensable, mais ne corrige jamais cette déformation, pas plus que les déviations dentaires; celles-ci nécessitent la pose d'un appareil de prothèse dont on doit surveiller l'action. Il doit être placé en temps opportun, c'est-à-dire la plupart du temps alors que toutes les dents ont fait leur apparition dans la bouche, les dents de sagesse exceptées.

(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*)



## REVUE DE L'ÉTRANGER

### SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

(2 *novembre* 1897.)

#### Empyème de l'antre chez un enfant de six semaines.

M. d'Arcy Power présente des pièces montrant un empyème de l'antre chez un enfant de six semaines. Une nécrose a envahi presque entièrement le maxillaire supérieur.

D'après M. d'Arcy Power, l'infection serait due à des contusions du nez au cours d'un accouchement au forceps.

#### Acromégalie.

M. Furniwall montre des moulages et des pièces provenant d'un acromégalique de cinquante-huit ans, tué accidentellement. Le crâne est uniformément épaissi. La selle turcique est large et

profonde, le corps pituitaire est transformé en kyste semi-liquide. La mâchoire inférieure est large et massive, les branches montantes font presque une ligne droite avec le corps de l'os. La glande thyroïde est légèrement hypertrophiée, et sa structure est altérée. Les viscères sont normaux. La plupart des os présentent des lésions semblables à celle de la périostite chronique. Au point d'insertion des muscles et des ligaments se trouvent des dépôts osseux de nouvelle formation. Il résulte de 34 observations rassemblées par lui, que la glande thyroïde est presque toujours atteinte, la glande pituitaire toujours.

### Calculs de la glande sous-maxillaire.

M. Spencer montre des préparations de glandes sous-maxillaires altérées par une inflammation générale. Les petits canaux collecteurs sont distendus par des calculs de très faibles dimensions, formés de mucus incrustés de sels calcaires, alors qu'en général il se forme un seul calcul de la grosseur d'une amande, qui se développe dans le canal de Warthon.

---

# LE XII$^{e}$ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU

Par M. F. Aguilar.

(Extrait de *La Odontologia*, de Cadix.)

Depuis qu'à Paris s'est tenu le premier congrès international de médecine, il y a plus de trente ans, presque toutes les grandes capitales de l'Europe, et même celle des Etats-Unis, ont eu l'honneur de voir réunis dans leurs murs les représentants du monde médical. Le souvenir du VI$^{e}$ congrès tenu à Rome et suivi par 5.000 membres est encore présent à notre mémoire ; mais il est quelque peu effacé par celui du Congrès de Moscou, avec ses 7.300 membres, qui a été au moins aussi intéressant, si ce n'est plus.

Quelques défauts sont à signaler dans l'organisation préliminaire de ce Congrès. J'ignore à qui il faut les imputer, si c'est aux Comités nationaux ou au Comité central, mais il est certain que les réductions sur le prix des places en chemin de fer ont été illusoires pour beaucoup. D'un autre côté il n'y avait pas un nombre de trains suffisant, de sorte que les places étaient prises d'assaut et que dans les stations où il y avait un buffet il fallait, pour obtenir quelque chose, se livrer à une véritable lutte, dans laquelle les moins forts avaient naturellement le dessous.

Pour sa part, le gouvernement russe avait fait tout son possible afin d'offrir à ses hôtes toutes facilités, leur accordant des billets de première classe pour voyager dans l'Empire, leur ouvrant les portes des musées, hôpitaux, édifices publics, universités, etc., leur fournissant des guides et des plans imprimés en diverses langues, mettant à leur service des étudiants et des employés connaissant plusieurs langues, de sorte que chacun était enchanté de l'aimable hospitalité qu'il recevait. Ces étudiants et employés se tenaient à la frontière, et accompagnaient

les congressistes jusqu'à Moscou, leur tenant lieu de *ciceroni* et d'interprètes, les aidant dans la recherche d'un logement, et veillant à tous les détails de leur installation.

*
* *

Les locaux du Congrès étaient situés dans un très vaste édifice, le *Manège*, qui sert d'ordinaire aux revues militaires et qui avait été divisé à cette occasion en nombreuses et vastes salles où se trouvaient poste, télégraphe, restaurant, café, bureaux des Comités nationaux, bureaux pour la presse, poste de police, agences de logements, de renseignements, etc. C'était le point central de la réunion des congressistes.

Chacune des sections dont se composait le Congrès avait une salle spéciale non pour tenir ses séances, mais pour permettre aux professeurs de la même spécialité de se rencontrer facilement, d'échanger leurs idées, etc.

Dans la IX^e^ section (Odontologie) j'ai rencontré, entre autres, MM. Bonwill (de Philadelphie), Talbot (de Chicago), Younger (de San-Francisco), Sauvez et Amoëdo (de Paris), Mela (de Gênes), Tantzen (de Trieste), Scheff (de Vienne), Timme (de Berlin), Lévy (de Varsovie), etc.

*Séance d'ouverture.*

La séance solennelle d'inauguration eut lieu le jeudi 19 août, à une heure de l'après-midi, dans le Grand-Théâtre de Moscou, sous la présidence du grand-duc Serge Alexandrowitch. A cause du manque de place, 3.000 congressistes seulement y assistaient.

Le ministre de l'Instruction publique, M. Delianoff, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, dans un discours en latin. Le président du Congrès, M. Sklifossowski, prononça alors une courte allocution; puis le secrétaire général, M. Roth, fit l'historique des travaux du Comité d'organisation, et signala le nombre des médecins qui avaient répondu à l'appel de ce comité : 4.000 Russes, 800 Allemands, autant d'Autrichiens, 400 Français, 400 Anglais, 120 Américains, etc.

Le maire de Moscou salua l'assemblée au nom de la ville, et annonça que le Conseil municipal avait décidé de fonder un prix triennal de 5.000 fr. qui serait accordé, après concours, aux Congrès futurs.

Ensuite les délégués étrangers prirent successivement la parole pour apporter au corps médical russe et aux autorités l'hommage de leurs pays respectifs.

Furent élus présidents d'honneur : MM. Virchow, de Leyden, de Ziemssen et Waldeyer (Allemagne); Gussenbauer, Hlava, Pertik, Rydygier (Autriche-Hongrie); Taylor et Billings (Etats-Unis); Lannelongue, Pinard, Le Dentu et Grasset (France); Mac Cormac, Stakes et Simpson (Grande-Bretagne); Kocher et Roux (Suisse), etc.

Enfin la parole fut donnée aux trois congressistes désignés primitivement pour faire une communication dans la séance d'ouverture, qui fut levée ensuite.

Le vendredi 20 août au matin, le Congrès se réunit en sections dans les divers locaux qui étaient affectés à celles-ci.

*
* *

A neuf heures du matin fut tenue la première séance de la section odontologique, comprenant environ 250 membres, parmi lesquels les Russes formaient la minorité.

Le D^r^ Reihn, de Moscou, président de la section, ouvrit les travaux et, dans une courte allocution, fit connaître l'ordre des discussions. Sur sa

proposition furent élus présidents honoraires : MM. Scheff, Bonwill, Talbot, Wolf (d'Agram), Jung (de Heidelberg) ; Sauvez et Amoedo (de Paris), Aguilar (de Cadix).

(*A suivre.*)

# Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.*

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

### SERVICE DU DISPENSAIRE

*Mois de juillet, août, septembre et octobre* 1897.

| | |
|---|---|
| Inscriptions, malades nouveaux | 3.002 |
| Consultations, malades en traitement | 2.476 |
| Total | 5.478 |

1° CLINIQUE.

| | | |
|---|---|---|
| Consultations sans traitement | 1.123 | 3.173 |
| Extractions | 1.493 | |
| Clinique anesthésique | Vacances | |
| id. de prothèse | id. | |
| Malades passés dans le service de dentisterie opératoire | 557 | |

2° DENTISTERIE OPÉRATOIRE.

| | | |
|---|---|---|
| Pansements et traitements | 1.338 | 2.228 |
| Gutta-percha, ciments | 530 | |
| Aurifications | 71 | |
| Amalgames | 219 | |
| Etains | 25 | |
| Nettoyages | 45 | |

3° PROTHÈSE PRATIQUE.

| | | |
|---|---|---|
| Appareils | Vacances. | |
| Dents à pivot | — | |
| Redressements | — | |
| 4° Malades ayant interrompu leur traitement | | 77 |
| Total général | | 5.478 |

*Résumé de l'année* 1896-1897.

| | |
|---|---|
| Inscriptions, malades nouveaux | 8.653 |
| Consultations, malades en traitement | 20.752 |
| Total | 29.405 |

1° Clinique.

| | | |
|---|---|---|
| Consultations sans traitement | 1.805 | 9.635 |
| Extractions | 3.740 | |
| Clinique anesthésique | 162 | |
| id. de prothèse | 250 | |
| Malades passés dans le service de dentisterie opératoire | 3.678 | |

2° Dentisterie opératoire.

| | | |
|---|---|---|
| Pansements et traitements | 11.906 | 19.197 |
| Gutta-percha, ciments | 4.185 | |
| Aurifications | 382 | |
| Amalgames | 1.489 | |
| Etains | 201 | |
| Nettoyages | 1.034 | |

3° Prothèse pratique.

| | | |
|---|---|---|
| Appareils | 41 | 136 |
| Dents à pivot | 58 | |
| Redressements | 37 | |
| 4° Malades ayant interrompu leur traitement | | 434 |
| Total général | | 29.405 |

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera envoyé deux exemplaires seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. le Rédacteur en chef, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE

Bibliographie étrangère.

**Abbe** (R.) Late result of Humphrey's operation for ankylosis of lower jaw. Ann. Surg., Phila., 1897, xxvi, 245. — **Allen** (A. M.) Preliminary education and training a desideratum in dentistry. Ohio Dent J., Toledo, 1897, xvii, 387-393. — **Anichkoff-Platonoff** (E. I.) [On microorganismal infection of the mouth of patients.] Med. Obozr., Mosk., 1897, xlvii, 664-666. — **Barnhill** (J. F.) Diseases of the glosso-epiglottic spaces. Laryngoscope, St. Louis, 1897, iii, 94-97. — **Bethel** (L. P.) The use of silver salts in the treatment of root canals. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 485-494. — **Blodgett** (A. N.) Entire destruction of soft palate and velum by syphilis. Boston M. et S. J., 1897, cxxxvii, 133. — **Bonwill** (W. G. A.) Cataphoresis vs. The direct application of the galvanic current for obtunding sensitive dentine; and how to do a practice that excludes both. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 369-372. — **Boyd** (S.) A submaxillary naevus with misleading history. Clin. J., Lond.,

1897, x, 186. — **Brock** (S.) **and Hudson**. Facial restauration. Catching's Compend. Pract. Dent., 1896, Atlana, 1897, 236-240. — **Brockway** (A. H.) Cleansing teeth. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 507-508. — **Brown** (G. C.) Are state examining boards necessary for the preservation of the standard of the dental profession? Items Interest, N. Y., 1897, xix, 553-559. — **Cabot** (A. T.) The surgical treatment of ankylosis of the temporo-maxillary articulation. Lancet, Lond., 1897, ii, 304. — **Calcul** salivaire, Bull. Soc. méd. de Charleroi, 1897, xviii, 106-110. — **Cameron** (A. C.) Gold and tin as a tooth filling material. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 567. — **Carpenter** (G. T.) Anterior pillars of the fauces. Etiology and treatment. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 397. — **Case** (C. S.) Correcting facial deformities in young subjects. Catching's Compend. Pract. Dent., 1896, Atlanta, 1897, 133-139. — **Chisholm** (E. S.) Suggestions on diagnosis. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 602-606. — **Cocker** (A.) Dental prosthesis of edentulous jaws. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 503-514. — **Corwin** (C.) Artificial teeth. Pacific-Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v. 294-296. — **Coulliaux** (L.) **und Peretz**. Anatomie, Physiologie, Pathologie der Zahnpulpa (des Menschen). Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 209-224. — **Curtis** (B. F.) Noma with loss of entire right superior maxilla; plastic operation to close opening in cheek, and Esmarch's operation on lower jaw for ankylosis. Ann. Surg., Phila., 1897, xxvi, 241-243. — **Curtis** (G. L.) Resection and reproduction of the maxillæ. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 375-379. — **Davis** (Annie Grace.) The Emerson System of physical culture for dentists. *Ibid* : 361-367. — **Dick** (A. N.) Swaging metallic plates. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 710. — **Ely** (J. O.) Anæsthesia of the dentine. Dental Rev., Chicago, 1897, xi 621-626. — **Farrar** (J. N.) Some points in the differential diagnosis of protruding lower teeth, with brief suggestions upon the treatment for their correction. Dental Cosmos, Phila, 1897, xxxix, 617-621. — **Fox** (C.) British teeth on the down grade, Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl. 581-584. — **Francis** (C. E.) Zur operativen Zahnheilkunde. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 250-253. — **Fujioka** (K.) [A case of death caused by the injection of cocaïne.] Tokyo Iji-Shinski, 1897, No. 1001, 27. — **Gilbert** (S. E.) Cataphoresis in the removal of vital pulps, followed by immediate root filling. Welch's Month., Pila., 1896-7, i, 641. — **G lett** (H. W.) Cataphoresis. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 605-614. — **Gould** (A. P.) Means taken to prevent subsequent deformity alter excision of portions of lower jaw. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 145-151. — **Grant** (G. F.) A description of some English appliances. Internat. Dent. J., Phila, 1897, xviii, 497-499. — **Greig** (D. M.) On osseous ankylosis of the temporo-mandibular articulation. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1897, xviii, 455-457. — **Gross**. Total extracranial resection of the superior maxillary nerve. Med. Week, Par., 1897, v, 340-342. — **Haagen** (A.) Die Malaria und ihre Beziehungen zur Trigeminus-neuralgie. J. f. Zahnh., Berl., 1897, xii, no, 28. — **Halasz** (H.) Fibromyxoma a nyelven. [. . . . of the tongue.] Gyógyászat, Budapest, 1897. xxxvii, 433. — **Hammond** (L. J.) Hard fibroma of the maxillary sinus with pyemia of the frontal sinus. Phila. Policlin., 1897, vi, 323-326. — **Haskell** (L. P.) Some established principles in prosthetic dentistry. Pacific Stomatol. Gaz., San Fean., 1897, v, 301-305. — **Headdy** (H. P.) Deep approximal cavities at the gum margin. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 633-634. —

**Hewitt** (F.) Einige wichtige Punkte in Betreff der Anwendung anästhetischer Mittel für zahnärztliche Operationen. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 193-204. — **Hickman** (J. W.) Professional ethics. Pacific Stomatol. Gaz., San Fran., 1897, v, 289-294. — **Hinman** (T. P.) A mechanical appliance for the replacement of the right superior maxilla, the face and a portion of the nose. Catching's Compend. Pract. Dent., 1896, Atlanta, 1897, 240-243. — **Hunt** (A. O.) The relation of the teeth to the lips and face. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 617-621. — **Jack** (L.) The technique of a transplantation. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 494-497. — **Jung** (C.) Einiges über Platinsilber-Legirung und ihre Verwendung. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1897, xxvi, 204-209. — **Killian**. [Mandelbucht und Gaumenmandel.] München, med. Wochenschr., 1897, xliv. 866. — **Knight** (W.) Tumors of the maxilla. Dental Reg., Cincin., 1897, li, 365.372. — *Also* : Ohio Dent. J., Toledo. 1897, xvii, 380-387. — **Kronlein**. Ueber Pharynxcarcinom und Pharynxextirpation. Beitr. z. klin. Chir., Tubing., 1897, xix, 61-160, 6 pl. — *Also* : Ber. ü. d. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., Leipz., 1897, xxvi, 45-47. - **Küttner** (H.) Ueber die Lymphgefässe der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitungswege des Zungencarcinoms. *Ibid* : 44. — **Lawrie** (E.) Chloroform and the heart. Brit. M. J., Lond., 1897, ii, 131. — **Leech** (P.) A case of polypus of the epiglottis; subhyoid pharyngotomy; necropsy. Lancet, Lond., 1897, ii. 390. — **M'Curdy** (S. L.) Treatment of two cases of fracture of the lower jaw by wiring. Catching's Compend. Pract. Dent., 1896, Atlanta, 1897, 257-259. — **McMillen** (D. J.) Non-cohesive gold, its merits and manipulation. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 560-566. — **Makuen** (G. H.) The surgery of the faucial tonsil. Internat. Clin., Phila., 1897, ii 332-337. — **Matas** (R.) Arterial varix of the lower lip, involving the coronary arteries ; extirpation under cocain anesthesia. Med. News, N. Y., 1897, lxxi, 207. — **Merriman** (A. F.) How to elevate the dental profession. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 642-645. — **Michel** (A.) Untersuchungen über den Fluorgehalt normaler und cariöser Zähne. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1897, xv, 332-338. — **Morris** (R. T.) A large angioma of the lip. N. York M. J., 1897, lxvi, iii. — **Morrison** (W. N.) Anti-extraction. Welch's Month., Phila., 1896-7, i 653. — **Moyer** (H. N.) Hemiatrophy of the tongue. N. York M. J., 1897, lxvi, 173. — **Mühl-Kuhner**. Ein Fall von Alveolarblutung mit nachgefolgtem Tod. München. med. Wchnschr., 1897, xliv, 857. — **Ottofy** (L.) Report on dental education. Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 707-710. — **Palmer** (S. B.) Third set of teeth. Internat. Dent. J., Phila., 1897, xviii, 499-502. — **Partsch**. Ersatz des Unterkiefers nach Resektion. Ber. ü. d. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., Leipz., 1897, xxvi, 42-44. — **Pérez** (D. T.) Maremagnum práctico dental. Correo Internac. Odont., Maurid, 1897-7, ii, 540-554. — **Petry** (F.) Der Ersatz des Zahnfleisches. Zahntech. Reform, Berl., 1897, xvii, 253-255. — **Piper** (C. F.) Abrasion Welch's Month., Phila., 1896-7, i, 705. — **Randorf** (G.) Fractures of the upper and lower jaws. Items Interest, N. Y., 1897, xix, 620-622. — **Rose** (H.) Artificial dentures Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 152-161. — Dental mechanics. *Ibid* : 577-581. — **Ross** (A. O.) A method of treating fractures of the inferior maxilla. Catching's Compend. Pract. Dent., 1896, Atlanta, 1897, 259 263. — **Roughton** (E. W.) Oral surgery : Operations on the upper air and food passages. Brit.

J. Dent. Sc., Lond., 1897, xl, 625, 631. — **Rushton** (W.) Fainting and tooth extraction. *Ibid* : 631-633. — **Salomon** (A.) Tonischer Krampf der oberen Extremitäten als Folge einer Verletzung der Pulpa. Deutsche Monatschr f. Zahnh. Leipz., 1897, xv, 339. — **Sapiezhko** (K. M.) [Method of forming a palate after removing the superior maxilla for cancer.] Laitop. russk. chir., St.-Peterb., 1897, ii, 350-356. — **Savill** (T. D.) A clinical lecture on facial paralysis. Clin. J., Lond., 1897, x, 209-218. — **Schaefer** (E.) Ein verschlucktes Gebiss. Zahntech. Reform, Berl., 1897, xvii, 230. — **Schreiber** (M.) Geschichte der operativen Kieferklemmentherapie. Cor.-Bl. f. Zahnärzte. Berl., 1897, xxvi, 224-232. — **Schwartz** (W.) Ueber die Beziehungen zwischen Schädelform, Gaumenwölbung und Hyperplasie der Rachenmandel Ztschr. f. Ohrenh., Wiesb., 1897, xxx, 377-382. — **Shamshin** (V.) [Ulceration of art. carotidis communis in consequence of purulent submaxillary lymphatic glands in a scarlet fever patient.] Khirurgia. Mosk., 1897, i, 202-209. **Siegel** (E.) Ueber die Narkose. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., 1897. xv. 340-347. — **Skidmore** (L. W.) Anchoring large contour fillings in incisors. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 614-617. — **Smith** (B. H.) The need of a national dental organisation. Dental Cosmos, Phila., 1897, xxxix, 614-617. — **Stierlin** (R.) Beim Menschen beobachtete Erkrankungen in Folge von Infection mit Maul- und Klauenseuchegift, München. med. Wchnschr., 1897, xliv, 770-773. — **Stillson** (J. O.) Double mastoid disease, followed by abscess of the spheno-maxillary fossa and neck, with a report of a case ; recovery. Laryngoscope, St-Louis, 1897, iii, 115-119. — **Templeton** (J. G.) Practical things in dental practice. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 606-614. — **Thomson** (J.) A case of enlargement of the parotid glands after mumps, lasting for seven years. Arch. Pediat., N. Y., 1897, xiv, 603. — **Torger**. Zeitgemässe Betrachtungen. Cor.-Bl. f. Zahnärzte Berl., 1897, xxvi, 244-249. — **Trueman** (W. H.) Dogmatisms and discourtesy, the ruin of dental societies. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 585-594. — **Turner** (J. G.) Exanthematous necrosis of the jaw. Clin. J., Lond., 1897, x 204-206. — **Walker** (W. E.) The implantation of sterilized roots of the teeth of beats, for carrying artificial crowns. Ohio Dent. J., Toledo, 1897, xvii, 368. — **Wallisch** (W.) Die Elektrizität im Dienste der Zahnheilkunde. Zahntech. Reform. Berl., 1897, xvii, 213-219. — **Williams** (J. L.) On the developpement and structure of dental enamel. [Abstr.] J. Roy. Micr. Soc., Lond., 1897, 261-268, 4 pl. — **Wilson** (I. P.) To what extent are we justified in giving our patients systematic treatment. Dental Rev., Chicago, 1897, xi, 594-602. — **Winkler** (G. H.) The medicinal prevention of dental decay. N. York M. J., 1897, lxvi, 151-153. — **Winslow** (R.) **and J. R. Winslow**. A spherical ivory osteoma of the superior maxilla ; obliteration of the antrum and nasal occlusion ; dacryocystitis. J. Eye, Ear et Throat Dis., Balt., 1897, ii, 145-147. — **Zeldovich** (I. B.) Sluchaï strumæ accessoriæ baseos linguæ; razvitïe myxoedemæ poslïe udaleniya yeva. Laitop. russk. chir., St.-Petersb., 1897, ii, 357-374.

---



# VARIA

## L'ÉCOLE DES FEMMES

Une « École de Beauté » pour dames vient de se fonder aux États-Unis ; il y aura des cours de perfectionnement pour les nez, les *bouches*, les yeux, disgraciés de la nature.

C'est à la musique — orthopédie assurément inédite — qu'on demandera le redressement des pifs tordus, des mentons en galoche, et l'harmonie des divers traits du visage.

Il paraît, d'après cette théorie :

1° Que les mélodies de Chopin font surtout valoir les blondes, dont elles illuminent les yeux, tout en rendant leur nez « intellectuel » ; 2° par contre, que la musique de Wagner donne du relief à la beauté des brunes, en accentuant l'expression artistique et tragique de leur visage ; 3° enfin que la musique de Verdi convient également aux brunes et aux blondes, en suscitant les aspirations à la rêverie et en agrandissant les yeux, « dont le regard semble, sous l'effet de la vibration des notes magiques, se perdre et s'absorber dans la vision d'un lointain idéal ».

Les diplômées de cette Ecole seront peut-être très belles, mais ce qu'elles seront ennuyeuses !...

---

Nous cueillons ce passage dans la première livraison du drame bien d'actualité intitulé : L'Eventreur ou La Vie mystérieuse et les Crimes de Vacher.

« A lui seul, ce nez en formait deux, faisant penser à des choses hideuses (?). — Quant à la bouche, elle était large ; les lèvres sensuelles. *L'inférieure* se projetait en avant de la supérieure et avec une sorte de cicatrice rappelant le *bec-de-lièvre* de Dumollard (!!!). »

Après cette lecture captivante, je crois qu'il nous serait bien impossible de ne pas acheter les livraisons qui doivent suivre.

---

Petit dialogue dédié à la Commission spéciale :

— Paris est insupportable, en été, à cause des odeurs.

— J'en sais quelque chose... J'ai sous mes fenêtres un égout qui sent bien mauvais de la bouche !



# NOUVELLES

### Explosion chez un pharmacien

On connaît les dangers de la manipulation du *chlorate de potasse* dans les laboratoires. Le 6 novembre, à Grenoble, M. Caillot, pharma-

cien, préparait un dentifrice sous forme de poudre au chlorate de potasse, quand une forte explosion se produisit. M. Caillot fut grièvement brûlé au visage et aux mains, et son état est grave, dit-on. Une autre personne fut brûlée aux mains en voulant lui porter secours.

---

Sait-on que c'est au docteur Evans, dont la mort a été annoncée dernièrement, que l'empereur Frédéric III d'Allemagne dut ses quelques jours de règne?

Peu de temps avant la mort du vieux Guillaume, Evans se trouvait à Berlin où l'avaient amené les soins que réclamait la dentition de la future impératrice Frédéric. Le malheureux prince héritier, frappé du mal implacable que l'on sait, agonisait presque, et c'est le docteur Evans qui, en lui procurant une canule dont l'ingénieux perfectionnement était de son invention, parvint à prolonger la vie du malade, et lui permit dès lors de ceindre la couronne.

Ajoutons que le docteur Evans, qui avait été le dentiste de Pie IX, était resté le dentiste de Léon XIII. On dit même que, dans ces *Carmina novissima* dont on annonçait la publication ces jours-ci, il y a un distique où le pape célèbre le rare mérite de son opérateur ordinaire.

« Mais à quoi bon tous mes soins, disait parfois Evans en parlant de son très auguste client : jamais je n'ai pu obtenir du Saint Père qu'il consentît à se laver les dents !... »

(*Journal* 16 novembre.)

---

## Une réclame originale

Une des Compagnies de bateaux à vapeur qui desservent régulièrement les villes situées sur les Grands Lacs dont les points extrêmes, Buffalo à l'est, Duluth à l'ouest et Chicago au sud, nécessitent un voyage d'environ trois jours de durée, vient d'afficher dans chaque cabine un avis portant que la dite Compagnie accordera une somme de 1.250 fr. pour tout enfant qui naîtra à bord; s'il s'agit de deux jumeaux, la somme sera doublée, et en cas d'accouchement triple la Compagnie payera 5.000 fr.

(*Lyon Médical.*)

---

Un de nos confrères de province nous signale la façon de faire peu correcte du représentant d'une maison de fournitures pour dentistes. Dans le but de provoquer l'achat de son appareil à anesthésier, cet agent ne craint pas d'attribuer des accidents imaginaires à des dentistes parisiens, *qu'il cite*, qui n'étaient pas pourvus de cet appareil, mais qui se sont hâtés, pour en éviter le retour, d'en faire l'acquisition.

# BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

## CONSEIL DE DIRECTION.

*Séance du 23 novembre* 1897.

Présidence de M. PAPOT, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Claser, d'Argent, Godon, Martinier, Paulme, Prével, Richer, Rollin, Viau.

Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

*M. Monnet* s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

*M. Papot* fait connaître qu'il a reçu des membres de l'Association plusieurs lettres relatives à l'application de la loi, et qu'il y a été répondu dans le journal par M. Roger.

Un échange d'observations a lieu à cet égard entre MM. *Richer*, *Papot* et *Rollin*.

*M. Papot* propose l'admission de MM. Longuet (de La Rochelle) ; Peters, Leger-Dorez, Richard-Chauvin fils, Fortier, Baudelot, Mme Salomon (de Paris) ; M. Carrié (de Toulouse), déjà admis tous par la Société de l'Ecole. — Ces admissions sont prononcées.

*M. Papot* fait part de la démission de M. Deville père (de Château-Gontier) et propose de le nommer membre honoraire (Adopté) ; — de celle de M. Fache (de Toulouse) (Acceptée) ; — enfin il entretient le conseil, de la situation de M. M...

Il annonce le décès de MM. Chrétien, Guignes et du Dr Sicard, et exprime les regrets que causent ces pertes.

Il fait connaître qu'il est saisi de deux demandes de bourse formées par MM. F... et C..., ajoutant que l'Association dispose d'une bourse en faveur de l'Ecole ; il propose d'attribuer celle-ci à M. C..., et de renvoyer la demande F... à l'Ecole, pour être appuyée auprès du Conseil municipal.

Après diverses observations présentées par *MM. Prével*, *Papot*, *Viau*, *d'Argent*, *Claser* et *Rollin*, cette proposition est adoptée.

*
* *

*M. Papot* entretient le Conseil de la question des assurances en cas d'accidents personnels et des employés ; il donne lecture de la notice, et des propositions suivantes :

NOTICE relative à une **Assurance contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatisme**, soit dans la vie ordinaire, soit dans l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, offerte par la Compagnie d'assurance « *La Foncière-Transports* ».

Cette assurance présente des avantages tellement sérieux, que le nombre des médecins et des dentistes qui ont tenu à s'en procurer les bénéfices s'augmente sans cesse, au fur et à mesure, que se répand la connaissance de ses combinaisons.

On y trouve, en effet, avec la sécurité complète du paiement intégral et rapide des indemnités fixées par la police, cette particularité éminemment intéressante : *modicité* de prime annuelle pour *énormité* de capitaux couverts.

Elle répond absolument à un besoin, en assurant des indemnités pour les trois cas : *mort*, *mutilation*, *incapacité temporaire*.

Si l'accident entraîne la *mort*, cette mesure de prévoyance (l'assurance contre les accidents) produit pour la famille le même effet utile qu'une assurance sur la vie, avec cette différence qu'elle coûte vingt-cinq ou trente fois moins cher.

Si, au lieu d'occasionner la mort, l'accident amène la *mutilation*, l'assurance-vie ne paie rien, et l'assuré, dont les ressources sont fatalement diminuées sinon disparues, voit par contre ses dépenses s'augmenter considérablement : la veille, il était le soutien de sa famille, le lendemain, par la mutilation, il devient pour elle une lourde charge ; de plus, le paiement de son assurance-vie lui est devenu difficile, parfois impossible. Il est donc indispensable de couvrir ce risque.

Enfin, si, comme c'est le cas le plus fréquent, l'accident se termine par la guérison, l'assuré reçoit l'indemnité quotidienne pour tous les jours d'*incapacité temporaire.*

Au point de vue de la sécurité et du développement de ses opérations, la « *Foncière-Transports-Accidents* » occupe, non seulement dans Paris, mais même dans le monde entier, une situation prépondérante.

Tous les établissements de crédit sont ses clients pour les risques de transports de titres et valeurs par la poste et les chemins de fer ; il est donc facile de s'assurer auprès de ces établissements de la correction et de la promptitude avec lesquelles la « *Foncière-Transports* » paie ses sinistres.

EXEMPLE A

| | Capitaux assurés. | Taux. | Primes. |
|---|---|---|---|
| Mort | 20.000 | 1.35 | 27 |
| Mutilation | 80.000 | 65 | 52 |
| Incapacité temporaire par jour | 25 | 2 | 50 |
| Prime annuelle | | | 1.29 |

EXEMPLE B

| | Capitaux assurés. | Taux. | Primes. |
|---|---|---|---|
| Mort | 10.000 | 1.35 | 13.50 |
| Mutilation | 40.000 | 65 | 26 |
| Incapacité temporaire par jour | 10 | 2 | 20 |
| Prime annuelle | | | 59.50 |

EXEMPLE C

| Emplois | Indemnités assurées au cas de | | | Montant de la prime annuelle. |
|---|---|---|---|---|
| | Mort | Mutilation | Incapacité temporaire | |
| Opérateur | 2.000 | 5.000 | 3 | 16.95 |
| Mécanicien | 2.000 | 5.000 | 3 | 20.05 |
| Apprenti ou élève | 500 | 1.000 | 1 | 9.20 |
| Domestique | 1.000 | 2.000 | 2 | 13 35 |

EXEMPLE D

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Opérateur | 2.000 | 5.000 | 3 | 16.95 |
| Mécanicien | 2 000 | 5.000 | 3 | 20 05 |
| Comptable pour 2 heures seulement. | 2.000 | 5.000 | 3 | 4.25 |
| 1er apprenti | 500 | 1.000 | 1 | 9.20 |
| 2e id. | 500 | 1.000 | 1 | 9.20 |
| 1er domestique | 1.000 | 2.000 | 2 | 13.35 |
| 2e id. | 1.000 | 2.000 | 1 | 10.85 |

*Ces chiffres peuvent varier à l'infini selon le désir de chaque assuré.* Dans le cas où la responsabilité de l'assuré, en cas d'accident survenant à un de ses employés, serait engagée pour une somme supérieure à celles stipulées comme il est dit ci-dessus, la Compagnie *La Foncière* assure en outre cette responsabilité civile jusqu'à concurrence de 5.000 fr. par victime.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France qui s'assureront par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud* [1], officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 27, *rue des Belles-Feuilles, à Passy*, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurance « *La Foncière-Transports* », profiteront des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 0/0 à l'intéressé;
— — 3 0/0 à la caisse de secours de l'Association.
Soit..... 10 0/0

*M. Papot* propose de patronner cette combinaison. — Adopté après observations de *MM. Rollin*, *d'Argent*, *Richer* et *Godon*.

***

*M. Papot* est d'avis de rechercher une combinaison permettant de n'avoir qu'un seul Conseil de direction et qu'un seul groupement pour l'Association et la Société de l'Ecole, et demande la nomination d'une commission pour étudier la question.

Après observations de *MM. Godon*, *Richer*, *Claser*, *Papot* et *Paulme*, le Bureau est chargé de cette mission, sur la proposition de *M. Godon*.

*M. Papot* demande que la rédaction des procès-verbaux soit confiée au secrétaire-rédacteur des séances du Conseil de direction de l'Ecole, moyennant rétribution, afin que ce service soit assuré et régulièrement fait (Adopté).

*M. d'Argent* fait connaître la possibilité pour l'Ecole d'avoir besoin d'emprunter à l'Association 10.000 francs, qui seraient garantis par le fonds de réserve; mais la question devrait être discutée en Assemblée générale.

Observations présentées par *MM. Papot*, *Rollin* et *Richer*.

La proposition de M. d'Argent est prise en considération, et renvoyée pour examen au Bureau, qui la soumettra au Conseil de direction précédant l'Assemblée générale.

*M. Papot* annonce que la brochure de l'Association est à l'impression.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

*Le Secrétaire général,*
L. PAULME.

## AVIS

*Nous prions les lecteurs dont l'abonnement expire avec ce numéro, d'envoyer le montant de leur renouvellenent à* l'Administrateur-Gérant ; *nous les informons que pour ceux d'entre-eux qui négligeraient cette recommandation, des quittances* augmentées de 0 fr. 50 *pour frais de* recouvrement, *leur seront présentées* prochainement *par la poste.*

1. M. Vinsonnaud se rendra à domicile, sur demande, et fournira toutes explications complémentaires désirables.

# TRIBUNE OUVERTE

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses, que si elles sont signées; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes et les réponses qui nous seront adressées. (N. D. L. R.)

QUESTIONS

? N° 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le* TRAITEMENT DE L'ALUMINIUM *et sur son application à* L'ART DENTAIRE?

? N° 47. — *Un jeune homme devant entrer à l'Ecole dentaire et postuler ensuite le titre de chirurgien-dentiste devant la Faculté est-il obligé de subir les deux parties des examens du baccalauréat moderne, ou la 1re partie suffit-elle seule ?*

L. B.

---

# DERNIÈRE HEURE

Le Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris ayant apporté des modifications au programme du concours de chef de clinique, nous publions à nouveau ce programme que les intéressés ont pu lire dans le dernier numéro.

## CONCOURS

POUR TROIS PLACES DE CHEF DE CLINIQUE

ARTICLE PREMIER. — Le Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour trois places de chef de clinique, pour le dimanche, le jeudi et le samedi.

Ce concours commencera le dimanche 24 janvier 1898, à neuf heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le jury procédera, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats.

*Jury.*

ART. 2. — Le jury se compose de quatre membres :

Le Directeur de l'Ecole, président; un professeur titulaire de clinique ; deux professeurs suppléants de clinique nommés après tirage au sort, conformément à l'art. 50 du Règlement intérieur de l'Ecole.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

*Épreuves.*

ART. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve clinique* comprenant :

(*a*) Examen d'un malade, et explication clinique de l'affection, le diagnostic, l'étiologie, la marche et les indications thérapeutiques.

Le candidat aura *trois* quarts d'heure pour examiner son malade et donner ses conclusions.

(*b*) Une opération d'urgence à exécuter séance tenante sur le malade ou sur tout autre choisi par le jury.

Cette épreuve sera subie le mercredi 27 janvier, à neuf heures du matin.

Art. 4. — *Une dissertation écrite* sur un sujet tiré parmi huit questions qui seront portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance, lors de la première séance, le 24 janvier 1898. Cette épreuve sera subie le lundi 1er février, à huit heures du soir, au siège de l'Ecole.

Deux heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le jury, le 2 février 1898, à huit heures et demie du soir.

*Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents.*

*Classement.*

Art. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum, de 95 points, est réparti comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titres des candidats... | Titres universitaires..... | 5 | 35 points. |
| | Titres dentaires.... .... | 10 | |
| | Travaux scientifiques... | 20 | |
| Epreuve clinique........................... | | | 30 — |
| Epreuve écrite.............................. | | | 30 — |

Minimum fixé par la Commission d'Enseignement : 60 points.

Les points de titres seront donnés par le Jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

*Nomination.*

Art. 6. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports dressés par le jury du concours.

*Conditions d'admission au concours.*

Art. 7. — Etre âgé de 25 ans au moins, jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ; n'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle des titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

---

# AVIS

**On nous demande souvent si nous ne possédons pas une liste complète de tous les dentistes exerçant en France ou dans les pays voisins. Nous serions tout disposés à entreprendre la confection de ce travail, si tous nos lecteurs voulaient bien nous y aider. Pour cela il faudrait qu'ils voulussent bien adresser à l'Administrateur de *l'Odontologie* leur carte de visite ou, à défaut, une petite note contenant les détails nécessaires : nom, prénoms, grades, heures de consultations, indication des villes où ils se rendent périodiquement, adresses, etc.**

TOME XVIII

# TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEURS



# TABLE DES PLANCHES ET GRAVURES

PLANCHES HORS TEXTE



FIGURES

# INDEX ALPHABÉTIQUE